

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Nikodymová

Užívání tabáku a konopí u klientů nízkoprahových
zařízení pro děti a mládež v Praze

Tobacco and Cannabis Use in Clients of Low-threshold
Facilities for Adolescents in Prague

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Drbohlavová

Praha, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, řádně jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2018

Tereza Nikodymová

Identifikační záznam

Nikodymová, Tereza. (2018). *Užívání tabáku a konopí u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v Praze*. Praha, 2018. 68 s., 1 příloha, 15 tabulek, 14 grafů. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Barbora Drbohlavová.

Poděkování

Děkuji Mgr. Barboře Drbohlavové za vedení práce a za kvalitní a cenné rady při jejím zpracování. Dále děkuji své rodině, partnerovi a přátelům, kteří mě při psaní práce podporovali. Jmenovitě děkuji své mamince, která mi pomohla se závěrečnou korekturou práce. Děkuji také všem pracovníkům vybraných NZDM, kteří mi umožnili výzkum realizovat.

ABSTRAKT:

Východiska: Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM) jsou službou sociální prevence zaměřující se na děti a mladistvé. Výzkumy ukazují, že mezi klienty NZDM jsou často jedinci inklinující ve vyšší míře k rizikovému chování. Lze předpokládat, že prevalence užívání návykových látek bude u klientů NZDM vyšší než v obecné školní populaci.

Cíle: Cílem práce bylo prozkoumat míru užívání tabáku a konopí u dětí a mladistvých v několika NZDM v Praze. Práce měla zjišťovat, zda klienti NZDM inklinují ve větší míře k užívání jmenovaných návykových látek než děti a mladiství z obecné populace. Výsledná data byla porovnána se studií ESPAD 2015.

Metody: Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda zkoumání pomocí dotazníku, který byl inspirován dotazníkem pro studii ESPAD 2015. Byly vybrány otázky relevantní pro daný výzkum, které byly na základě předvýzkumu upraveny. Data byla následně zpracována deskriptivní analýzou v programu Microsoft Excel a převedena do podoby tabulek a grafů.

Výsledky: Celoživotní prevalence užívání tabáku ve výzkumném souboru byla 77,3 %, prevalence denního užívání byla 47,4 %. Celoživotní prevalence užívání konopí byla 52,6 %, prevalence denního užívání byla 4,1 %. V porovnání se studií ESPAD 2015 klienti NZDM vykazují vyšší celoživotní prevalenci (87,5 %) užívání tabáku než běžná školní populace (66,1 %), i výrazně vyšší míru denního užívání tabáku (56,3 %) než školní populace (16,4 %). Vyšší celoživotní prevalence u klientů NZDM (62,5 %) v porovnání se studií ESPAD 2015 (36,8 %) byla prokázána i u užívání konopí.

Závěr: Byly potvrzeny hlavní hypotézy, že děti a mladiství navštěvující NZDM budou vykazovat vyšší prevalenci užívání tabáku i konopí než školní populace z výzkumu ESPAD 2015. Byly také prokázány některé vedlejší hypotézy týkající se sociodemografických charakteristik.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, tabák, konopí, návykové látky, prevence, děti, dospívající

ABSTRACT:

Background: Low-threshold facilities for children and youth are a social prevention service that focuses on the children and adolescents. Research shows that clients of low-threshold facilities are often individuals who tend to be at a higher risk. It can be assumed that the prevalence of drug use will be higher for clients of these facilities than in the general school population.

Objectives: The aim of this study was to investigate the use of tobacco and cannabis in children and adolescents in some low-threshold facilities in Prague. The study should investigate whether clients of these facilities tend to be more likely to use named addictive substances than children and adolescents from the general population. The data were compared with the ESPAD 2015 study.

Methods: A quantitative method of research was used. The questionnaire was inspired by the ESPAD 2015 study questionnaire. Only questions relevant to the research, that were modified by pre-research, were used. The data was then processed by descriptive analysis in Microsoft Excel and converted to tables and graphs.

Results: The analysis showed that the lifetime prevalence of tobacco use was 77,3 %, the prevalence of daily tobacco use was 47,4 %. The lifetime prevalence of cannabis use was 52,6 %, prevalence of daily cannabis use was 4,1 %. When comparing with the ESPAD 2015 study, clients showed a higher lifetime prevalence (87.5%) of tobacco use than the general school population (66.1%), and significantly higher daily tobacco use (56.3%) than the general school population (16.4%). Higher lifetime prevalence among clients (62.5%) compared with ESPAD 2015 study (36.8%) was also demonstrated for cannabis use.

Conclusion: The main hypothesis – that children and adolescents attending low-threshold facilities will show higher prevalence of tobacco and cannabis use than the school population from ESPAD 2015 – was confirmed. Some secondary hypotheses have also been confirmed.

KEYWORDS

Low-threshold facilities for adolescents, tobacco, cannabis, addictive substances, prevention, children, adolescents

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1. Úvod	3
2. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	4
2.1. Charakteristika a cíle NZDM	4
2.2. Historie a současnost NZDM v České republice	5
2.3. Služby poskytované NZDM	6
2.4. Klienti NZDM a jejich specifika	7
3. Užívání tabáku.....	9
3.1. Historie tabáku a jeho užívání	9
3.2. Prevalence užívání tabáku v ČR a v Evropě.....	10
3.3. Prevalence užívání tabáku u dětí a dospívajících v ČR a v Evropě.....	11
3.4. Rizikové a protektivní faktory užívání tabáku u dětí a dospívajících	12
3.5. Somatická rizika užívání tabáku	13
4. Užívání konopí.....	15
4.1. Historie konopí a jeho užívání	15
4.2. Prevalence užívání konopí v ČR a v Evropě.....	16
4.3. Prevalence užívání konopí u dětí a dospívajících v ČR a v Evropě.....	17
4.4. Rizikové a protektivní faktory užívání konopí u dětí a dospívajících	18
4.5. Somatická, psychická a sociální rizika užívání konopí	19
5. Prevence rizikového chování	21
5.1. Preventivní programy ve školství.....	21
5.2. Specifika prevence v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
1. Cíle výzkumu a hypotézy.....	24
1.1. Cíle výzkumu	24
1.2. Výzkumné otázky a hypotézy	24
2. Výzkumný vzorek	26
2.1. Pilotní studie	26
2.2. Předvýzkum.....	26
2.3. Výběr a charakteristiky výzkumného vzorku	26
3. Použité metody šetření.....	28
4. Analýza výsledků	29
4.1. Užívání tabáku a konopí podle pohlaví.....	33
4.2. Užívání tabáku a konopí podle věku.....	37
4.3. Užívání tabáku a konopí podle dalších charakteristik.....	39
4.3.1. Užívání tabáku a konopí podle vztahu k rodičům	39
4.3.2. Užívání tabáku a konopí podle povědomí rodičů o tom, kde dítě tráví	
večery	40

4.3.3. Užívání tabáku a konopí podle příslušnosti k partě přátel, kteří kouří marihuanu.....	41
4.3.4. Užívání tabáku a konopí podle úplnosti rodiny.....	41
4.4. Vnímání rizikovosti různých vzorců návykového chování	42
5. Srovnání výsledků respondentů z věkové skupiny 15-16 let s výsledky studie ESPAD 2015.....	44
6. Diskuze.....	47
6.1. Diskuze k použitým metodám.....	49
7. Závěr	51
8. Použitá literatura	52
9. Seznam tabulek a grafů	58
10. Seznam příloh	59

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod

Pro zpracování bakalářské práce jsem zvolila téma užívání tabáku a konopí u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v Praze. Téma jsem zvolila především proto, že ze zkušeností z praxí během studia i ze svého zaměstnání vnímám, že klienti NZDM často představují skupinu tzv. problémové mládeže, a vykazují různé formy rizikového chování. Práce s problémovou mládeží není jednoduchá a vyžaduje různé osobnosti i profesní dovednosti, zároveň se ale podle mého názoru jedná o jednu z nejdůležitějších forem práce s klienty. Primární prevencí u dětí a mladistvých je možné zabránit vzniku rizikového chování, případně toto chování oddálit. Pracovníci klubů mají značné předpoklady pro preventivní působení na své klienty.

Na téma rizikového chování u klientů NZDM proběhly dva výzkumy. Výzkum *Zdravé klima v zájmovém a neformálním vzdělávání* (Klíče pro život & Národní institut dětí a mládeže, 2010) uvádí, že téměř tři čtvrtiny dotazovaných dětí mají zkušenost s užitím tabákových výrobků, dvě čtvrtiny pak mají zkušenost s užitím konopí. Výzkum Zemanové a Dolejše (2015), který zkoumal životní spokojenost a rizikové chování u klientů NZDM, také dokládá vysokou míru užívání tabáku a konopí u klientů NZDM. Na základě těchto výzkumů předpokládám, že je relevantní zkoumat problematiku užívání tabáku a konopí v této skupině dětí a dospívajících. Z rešerše dostupné literatury navíc vyplývá, že problematika užívání tabáku a konopí v NZDM zatím nebyla zkoumána v rámci jiné bakalářské ani diplomové práce. Několik prací se zabývá problematikou prevence rizikového chování v NZDM, všechny jsou ale realizovány kvalitativně. Domnívám se proto, že je vhodné zabývat se kvantitativně tím, zda je v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež zastoupena problematika užívání tabáku a konopí. Na základě toho by mohly být navrženy specifické formy prevence těchto konkrétních forem návykového chování.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce budou představena zařízení pro děti a mládež se všemi svými specifiky, způsobem činnosti i cílovou skupinou. Dále bude shrnuta prevalence užívání zkoumaných návykových látek v populaci dospělých i dětí a mladistvých v České republice a v Evropě. Následně budou představeny rizikové faktory, které mohou být příčinou vysoké míry užívání tabáku a konopí mezi dětmi a dospívajícími, a konečně bude krátce věnována pozornost primární prevenci.

Praktická část práce si klade za cíl sledovat užívání tabáku a konopí ve skupině dětí a dospívajících mezi 10 a 18 lety v prostředí nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v Praze. Výsledky pro věkovou kategorii 15–16 let budou porovnány s Evropskou školní studií o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2015.

2. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

2.1. Charakteristika a cíle NZDM

Zákon 108/2006 Sb. definuje NZDM jako službu sociální prevence (Zákon 108/2006 Sb.). Jedná se o službu, která preventivně působí na osoby ohrožené sociálním vyloučením. Služby sociální prevence pomáhají vyhnout se sociálnímu vyloučení a zároveň mají pozitivní vliv na ochranu společnosti jako celku.

V České republice existují instituce, které nabízejí dětem a mladistvým smysluplné trávení volného času – školní družiny, kluby, domy dětí a mládeže, základní umělecké školy, jazykové školy aj. (Pávková, Hájek, Hofbauer, Hrdličková & Pavlíková, 2002). Existují také školní psychologické a pedagogické poradny, poradny pro rodiny aj., které dětem a mladistvým nabízejí radu a pomoc při řešení nepříznivých sociálních situací. Pro mnoho klientů jsou ale tyto služby nedostupné z různých důvodů, ať už se jedná o špatné rodinné zázemí, nedostatek finančního zajištění, nedůvěru v instituce či etnickou příslušnost k minoritě. Všechny tyto aspekty mohou být překážkou při vyhledání pomoci institucí. Proto je klíčovým prvkem všech NZDM právě nízkoprahovost.

Podstatou nízkoprahových služeb je předpoklad, že existují skupiny klientů, které nemohou či nechtějí využívat služby, které jsou pro ně nabízeny, z důvodu nedosažitelnosti, nedůvěry či nedostatečné nabídky jim vyhovujících služeb. Takové služby mají tzv. „vysoký práh“ (Hrdina & Korčíšová, In: Kalina a kol., 2003, s. 160).

Nízkoprahová zařízení nabízejí klientovi službu bezplatně, bez nutnosti přihlášení a uvádění svých kontaktních údajů. Klient tak službu využívá anonymně, netřeba jej jakkoli identifikovat (Bednářová & Pelech, 2003). Služba by pro klienta měla být snadno dostupná (časově, finančně i místně). Ke klientovi je potřeba přistupovat opatrně (klient si vybírá službu, nikoli služba klienta) a je nutno jej akceptovat a respektovat jeho rozhodnutí (Klíma & Jedlička, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007). Výrazným rozdílem oproti jiným pedagogicky a sociálně zaměřeným službám je, že NZDM vycházejí primárně z potřeb a zájmů samotných klientů (Bednářová & Pelech, 2003).

NZDM jsou služby ambulantního rázu (stacionární), někdy probíhají přímo v prostředí klientů (nestacionární) (Bednářová & Pelech, 2003). Zaměřují se na populaci dětí ve věku od 6 do 26 let (Česká asociace streetwork, 2008). Služba je určena pro klienty z řad dětí a mládeže, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, kterou sami nedokáží řešit, a zároveň nemohou nebo nechtějí vyhledat pomoc jiných dostupných institucí.

Klienti v NZDM mohou společně trávit volný čas a služba jim také nabízí sociální intervenci a podporu rozvoje osobnosti a společenské zodpovědnosti (Bednářová & Pelech, 2003, s. 49). Služby se snaží spoluutvářet životní styl rizikových dětí a mládeže a pomáhají jim při zvládání nepříznivých životních okolností (Matoušek, 2003, s. 117). Díky pomoci, podpoře, informacím, odborném poradenství, ale i prostému

kontaktu a vztahu s pracovníkem NZDM, mohou klienti porozumět své situaci, pozitivně změnit svůj život a v případě zájmu svou situaci začít řešit.

2.2. Historie a současnost NZDM v České republice

Protože jsou NZDM v České republice stále poměrně novým konceptem, ke kterému ne všichni odborníci přistupují kladně, obšírnější odborné publikace o kořenech NZDM v ČR nejsou dostupné. Čechovský a Racek (In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007) se pokusili historii NZDM v České republice popsat.

Prvním mezníkem v historii NZDM bylo rozvíjení streetwork (práce na ulici). Roku 1993 byl vládě předložen *Program sociální prevence*, který definoval povinnosti státu v této oblasti. O rok později byl tento materiál spojen s materiálem ministerstva vnitra a vznikl *Program sociální prevence a prevence kriminality – aktuální stav a východiska do roku 1996* (Bednářová & Pelech, 2003, s. 13). Na základě těchto programů byla v roce 1994 vládou ustanovena funkce tzv. sociálního asistenta (Čechovský & Racek, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007, s. 303). Funkcí tohoto člověka bylo dostávat se do kontaktu s ohroženými dětmi a mládeží na úrovni práce na ulici. Sociální asistent sám aktivně vyhledával děti a mladistvé z ohrožených skupin v místech, kde se nejčastěji vyskytovali. Došlo tak k přesunu tohoto druhu práce z kanceláře do ulic (Bednářová & Pelech, 2003). Kromě státní správou zřízené funkce sociálního asistenta však zároveň začaly vznikat neziskové a nestátní organizace pracující na principu streetwork, které primárně vznikaly jako podpora drogově závislých.

Na základě nových poznatků ze zahraničí se v roce 1995 postupně začaly vytvářet kamenné instituce, kde si pracovníci z terénu vytvořili zázemí pro sebe a své klienty. Tak vznikala první NZDM.

V roce 1997 byla založena Česká asociace streetwork sdružující odborníky z oblasti terénní práce, kteří tak měli možnost vyměňovat si informace, prohlubovat svou profesní kvalifikaci, pracovat na metodice streetwork aj. O čtyři roky později vznikla pracovní skupina nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, jejímž hlavním cílem bylo definování NZDM jako kvalitní služby a vytvoření standardů kvality. Na jejich základě došlo v oblasti NZDM k postupné profesionalizaci pracovníků a služby se začaly zkvalitňovat.

Roku 2000 byla NZDM prosazena do typologie sociálních služeb MPSV. Díky tomu dosáhla tato zařízení na důležité finanční prostředky. V roce 2006 byla NZDM zákonem zařazena mezi služby sociální prevence (Čechovský & Racek, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007).

S postupným začleňováním NZDM do systému sociálních služeb nastala nutnost pokračující profesionalizace a vzdělávání pracovníků. Od roku 2005 proto vznikly dva projekty, které zajišťují akreditované kurzy pro pracovníky v nízkoprahových službách – „Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružených v ČAS“ a „Systém vzdělávání pro pracovníky

a odborníky v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež a streetwork v hl. m. Praze“ (Čechovský & Racek, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007, s. 305). Kromě toho také probíhají šetření kvality v těchto zařízeních.

2.3. Služby poskytované NZDM

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, existují i další zařízení, která se specializují na práci s dětmi a mládeží. Ta ale vesměs pracují „pouze“ s volným časem klientů. Odlišností NZDM je, že svou nabídkou poskytovaných služeb naplňují předpoklady pro sociální službu podle zákona. Bednářová a Pelech (2003, s. 15–16) rozlišují sociální služby na obligatorní (výchova, vzdělání, pomoc a podpora) a fakultativní (odborné poradenství, terapeutické služby, instrumentální pomoc aj.). Typy práce v sociálních službách pak autoři dělí na přímou, nepřímou a přesahující práci. Z názvu vyplývá, že přímá práce má za úkol samotnou práci s klientem. Uplatňují se zde techniky sociální intervence, poradenství, socioterapie, besedy, zážitková pedagogika aj. Služby nepřímé pak souvisejí s plánováním dané činnosti, administrativou, jednáním s institucemi aj. Služby přesahující jsou kombinací dvou předchozích a slouží k efektivnímu hledání nových metod a přístupů (Bednářová & Pelech, 2003).

Racek a Herzog (In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007, s. 325) rozdělují aktivity v NZDM do čtyř základních kategorií:

1. Pobyt v zařízení
2. Sociální služby
3. Preventivní, výchovné a pedagogické programy
4. Volnočasové aktivity

První bod zahrnuje prostý pobyt klienta v prostorách NZDM. Klient má k dispozici místo, kde může trávit svůj čas, a tím se vytváří možnost další práce s ním.

Sociální služby v sobě zahrnují kontaktní práci, která cílí na vytvoření důvěryhodného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Další sociální službou je situační intervence, kdy zaměstnanec zasahuje do situací, které se v klubu dějí, a snaží se, aby tyto situace měly výchovný efekt. Klientovi mohou být také poskytovány informace týkající se školy, zaměstnání, sociálně právních otázek či zdraví. Nabízeny jsou také služby poradenství v obtížných životních situacích. Na to navazuje krizová intervence, která cílí na obtíže náhle vzniklé, které klient aktuálně potřebuje řešit.

Úkolem NZDM je také doporučit klientovi další navazující služby, které by pro něj mohly být vhodné, případně komunikace se službami a institucemi, ve kterých se již klient nachází/nacházel. Pracovníci NZDM také využívají práci ve skupině, práci s rodinou a s dalšími blízkými. V oblasti sociální se využívá také případová práce – individuální, dlouhodobá, časově ohraničená práce s klientem na jeho specifickém případě.

V preventivní a výchovné oblasti se s klienty v NZDM může pracovat jednorázově či nárazově ve formě programů týkajících se některého konkrétního rizikového chování. Práce může být i dlouhodobá – klienti se systematicky učí specifickým znalostem a dovednostem, které mohou být nápomocné v prevenci rizikového chování. Do této oblasti patří také doučování, nácvik sociálních návyků, hygienických návyků a dalších dovedností.

Volnočasové aktivity hrají v NZDM také důležitou roli. Nabízejí klientům smysluplné trávení volného času a upevnění vztahů s kolektivem i s pracovníky. Zaměstnancům poskytují další prostor k sociálním intervencím. Mezi volnočasové aktivity lze zahrnout také tzv. zážitkovou pedagogiku, při níž je cílem navodit situace, kterým se účastníci nemohou vyhnout, musí je kreativně a dovedně řešit a musí převzít odpovědnost za sebe i skupinu (Bednářová & Pelech, 2003). Taková akce, vedená zkušeným lektorem, po které následuje analýza celé předešlé situace, může být silným prvkem při práci v NZDM.

2.4. Klienti NZDM a jejich specifika

Období dospívání patří mezi křehké milníky života každého člověka. Od dětství prochází lidský jedinec procesem socializace. Během něj si dítě/dospívající osvojuje normy společnosti, ve které žije, učí se fungovat s ostatními lidmi a utváří si vlastní osobnost. Koťa (In: Jedlička, Klíma, Koťa, Němec & Pilař, 2004) definuje socializaci jako „formování a růst osobnosti pod vlivem rozmanitých vnějších podnětů....“ (Koťa, In: Jedlička a kol., 2004, s.15).

Primární socializace probíhá na úrovni rodiny. Dalšími faktory socializace jsou komunikační média, škola, učitelé, sociální pracovníci a další (Koťa, In: Jedlička a kol. 2004). Důležitým prostředím, kde socializace získává nový směr, je skupina vrstevníků. Na základě vlastního sebehodnocení a vzorů chování získaných socializací v rodině, dítě je či není schopno navázat kvalitní vrstevnické vztahy. Špatně fungující rodina je v této fázi rizikovým faktorem, jelikož dítě může mít tendenci hledat v nekvalitní vrstevnické skupině to, čeho se mu nedostává v rodině. Sociální patologie mají podle Bednářové a Pelecha (2003) původ z velké části právě v rodině, která nevytváří dostatečně silné zázemí a pevné vazby podporující osvojování si hodnot a norem dané společnosti.

Klienti NZDM bývají právě ti, kteří jsou ve svém vývoji nějakým způsobem znevýhodnění, což je řadí do rizikovější skupiny dětí a mladistvých. Riziková mládež je definována jako „mládež, u níž je vyšší riziko sociálního selhávání“ (Matoušek, 2003, s.175). Mezi klienty NZDM patří děti a mládež, kteří se aktuálně (či potenciálně) nacházejí v některé nepříznivé sociální situaci. Dle metodiky MPSV se nepříznivá sociální situace definuje takto: „*Nepříznivou sociální situací se rozumí taková situace, ve které osoba pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností*

jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů, nebo jestliže její způsob života vede ke konfliktu se společností, není schopna dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak dostatečně zabezpečeny.“ (MPSV, 2002, hlava II., odst. 2).

Racek a Herzog (In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007) rozlišují tři druhy situací, které mohou být pro jedince potenciálně rizikové:

1. Konfliktní společenské situace (šikana, vandalismus, zneužívání návykových látek, domácí násilí, záškoláctví aj.)

2. Obtížné životní události (rozpad rodiny, selhávání ve škole, pohlavní zneužívání, vlastní partnerské problémy aj.)

3. Omezující životní podmínky (nedostatek zájmů, pasivní život, neschopnost navázání vztahů aj.) (Racek & Herzog, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007, s. 322).

Dle pojmosloví NZDM (Česká asociace streetwork, 2008, s. 4) je cílovým klientem služeb jedinec, který:

- zažívá některou z předchozích jmenovaných rizikových situací
- je ve věku mezi 6 a 26 lety
- pohybuje se v některé geograficky či sociálně vymezitelné lokalitě
- vykazuje další specifické charakteristiky (nedostatek volnočasových aktivit a neproduktivní trávení volného času, vyhýbání se institucionalizované péči, trávení času spíše mimo rodinu, konfliktní životní styl, nemá konkrétní zakázku k řešení).

Ačkoli se může zdát, že nízkoprahová zařízení pro děti a mládež plní jen další úlohu zařízení pro trávení volného času, mezi klienty NZDM se často objevují sociálně patologické jevy. Výzkum Zemanové a Dolejš zkoumající celorepublikovou populaci klientů NZDM dokládá, že klientelu skutečně tvoří převážně riziková mládež, přičemž výskyt rizikového chování u klientů NZDM je až třikrát vyšší než u zbylé populace dětí a mladistvých (Zemanová & Dolejš, 2015).

3. Užívání tabáku

3.1. Historie tabáku a jeho užívání

Historické kořeny užívání rostliny tabáku se datují do doby amerických indiánů, kteří tabák užívali nejen během svých rituálních obřadů, ale také využívali jeho léčivý potenciál. Rostliny *Nicotiana Tabacum* a *Nicotiana Rustica* jsou původními rostlinami amerického kontinentu a za jejich domovinu se považuje okolí Peru a Ekvádoru (Musk & de Klerk, 2003).

Původní způsoby užívání tabáku u indiánů zahrnovaly šňupání, žvýkání, perorální konzumaci, pití ve formě čaje a rozmazávání po těle k vyhnání parazitů. Tabák byl využíván v medicíně jako analgetikum a antiseptikum a používal se i při náboženských obřadech (Musk & de Klerk, 2003). Nejrozšířenější bylo kouření ve formě dýmek a doutníků.

Na evropský kontinent byl tabák dovezen námořníky na lodích Kryštofa Columba v roce 1492, kteří s ním poprvé přišli do styku na Kubě. Později se tabák rozšířil skrze španělské a portugalské námořníky dále a do 18. století byl pěstován po celém světě (Slade, 1992). V roce 1560 přivezl velvyslanec Jean Nicot na francouzský dvůr tabák ve formě šňupacího prášku. Kouření se v 16. století rozšířilo také v Anglii na dvoře královny Alžběty I. Na počátku 17. století, za vlády anglického krále Jakuba I., byl tabák považován za velmi nebezpečný. Král Jakub I. je znám svým výrokem o tabáku, který považuje za „*novou páchnoucí rostlinu podřívající zdraví, šířící jmění, je hanba se na ni podívat, je ohavná k čichání, škodlivá mozku, neprospěšná plicím a pachem černého kouře představuje co nejživěji dým pekelný*“ (Šilha, O., 2008). Do českých zemí se tabák rozšířil koncem 16. století za vlády Rudolfa II. (Droščínová, 2016).

Dlouhou dobu byly cigarety vyráběny ručně a proces jejich výroby byl náročný a nákladný. Zlom v této oblasti nastal na přelomu 18. a 19. století, kdy James Bonsack vynalezl stroj na výrobu cigaret, který byl schopen vyrobit až 120 000 cigaret za den (Slade, 1992, s. 102). Tímto okamžikem započala dlouhotrvající a závažná tabáková epidemie (Králíková a kol., 2013).

S postupujícím rozvojem kouření se začaly objevovat zdravotní následky, především rakovina plic, která byla jednou z prvních nemocí, u které byla prokázána přímá souvislost s kouřením. První, kdo vyslovil tento fakt, byl epidemiolog Richard Doll v roce 1950, 50 let po rozvoji tabákové epidemie (Králíková a kol., 2013, s. 22). U žen byla souvislost kouření a rakoviny dokázána až v roce 1980 a riziko pasivního kouření bylo vzato do úvahy v roce 1981 (Králíková, 2013, s. 24–25).

V současnosti kouří celosvětově zhruba 25 % populace nad 15 let, v České republice dokonce 30 % (Králíková, In: Kalina a kol., 2003). Ačkoli se vyvíjejí různé alternativní formy kouření (např. elektronické cigarety či bezdýmny tabák), a přestože snaha o denormalizaci kouření je znatelná ve změnách zákonů týkajících se kouření na

veřejných místech, propagace tabákových výrobků aj., kouření je stále významným faktorem mortality milionů lidí po celém světě.

3.2. Prevalence užívání tabáku v ČR a v Evropě

Kuřáctví představuje problém populace mnoha vyspělých zemí a je příčinou nespočtu úmrtí na nádorová onemocnění, onemocnění dýchacích cest, kardiovaskulárního systému aj.

Data pro Českou republiku budou čerpána z výzkumů Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016 (Váňová, Skývová & Csémy, 2017), 2015 (Sovinová & Csémy, 2016), 2014 (Csémy & Sovinová, 2015), 2013 (Csémy, Sovinová & Sadílek 2014) a 2012 (Sovinová & Csémy, 2013), provedených Státním zdravotnickým ústavem. Dále z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog 2016 (Mravčík a kol., 2017). Data o Evropě budou čerpána z Global Health Observatory (GHO) data z roku 2015 a z interaktivní mapy, která je k dispozici na webových stránkách WHO (WHO, 2016).

Dle Národního výzkumu užívání návykových látek 2016 je v České republice celoživotní prevalence užívání tabáku 61,4 % (z toho 70,6 % u mužů a 52,9 % u žen). Prevalence užívání tabáku v posledních 30 dnech dosahuje 30,7 %. Denní uživatelé jsou zastoupeni ve 26,6 %. V případě celoživotní prevalence, kouření v posledních 30 dnech i denního užívání jsou vždy ve větší míře zastoupeni muži. Věkově se nejvíce kuřáků nachází v kategorii 45–54 let a 25–34 let.

Odlišné výsledky představuje kouření elektronických cigaret, s nimiž má zkušenost 19,2 % respondentů, 7,9 % respondentů kouřilo elektronickou cigaretu v posledních 30 dnech. V tomto případě je největší zastoupení kuřáků elektronických cigaret ve věkové kategorii 15–24 let a 25–34 let. Obliba elektronických cigaret u mladých lidí může souviset s větší informovaností, s otevřeností novým možnostem, ale i s následováním módní vlny.

Výzkum Užívání tabáku a alkoholu v ČR 2016 uvádí, že v České republice je v současnosti celkem 28,6 % uživatelů tabáku, denních uživatelů je 19,6 %. Větší množství kuřáků se, shodně s předchozím výzkumem, nachází mezi muži.

Odlišnosti dvou jmenovaných výzkumů lze sledovat i v případě věku. Zatímco v prvním výzkumu je prevalence nejvyšší mezi staršími respondenty, ve výzkumu SZÚ jsou v prevalenci na první příčce respondenti ve věkové kategorii 15–24 let.

V posledních pěti letech lze z výzkumů Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) sledovat mírně klesající tendenci současných uživatelů tabáku. V roce 2012 bylo v ČR 31,3 % současných kuřáků, v roce 2013 pak 29,9 % současných kuřáků. V roce 2014 se čísla mírně zvýšila na 31,4 % současných kuřáků. Rok 2015 následně přinesl výrazný pokles na 24,1 % současných kuřáků, přičemž v následujícím roce 2016 se čísla stabilizovala zpět na 28,6 % současných kuřáků.

V evropském měřítku se Česká republika drží na 37 příčce v prevalenci kuřáctví mužů. Největší prevalence kuřáků mužů je v Rusku (59 %), dále v Řecku (52,6 %) a v Albánii (51,2 %). V prevalenci kuřáctví žen Česká republika v evropském měřítku zaujímá čtvrté místo. Největší prevalence kuřáček žen je v Srbsku (39,7 %), dále v Chorvatsku (33,5 %) a v Řecku (32,7 %).

3.3. Prevalence užívání tabáku u dětí a dospívajících v ČR a v Evropě

Nechvalné prvenství v užívání tabáku mezi mladistvými ve věku 15–16 let drží podle studie ESPAD 2015 právě Česká republika. Data o prevalenci kouření mladistvých v ČR budou čerpána ze studie ESPAD 2015, jejíž souhrn je dostupný v 5/16 čísle Zaostřeno na drogy (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016), a ze studie Global Youth Tobacco Survey 2016 Country report (Sovinová & Kostecká, 2017). Data pro prevalenci kuřáctví mezi dětmi a mladistvými v Evropě budou čerpána rovněž z ESPAD report 2015 (ESPAD Group, 2016) a také ze studie HBSC (WHO: Regional office for Europe, 2016).

Dle výzkumu ESPAD 2015 je v ČR celoživotní prevalence užívání tabáku mezi mladistvými 66,1 % (66,9 % dívky, 65,2 % chlapci). Prevalence denních uživatelů je 16,4 % (4,5 % z nich kouří více než 11 cigaret denně). Prevalence kouření v posledních 30 dnech v České republice je 29,9 %. Ve všech třech případech (celoživotně, denně i v posledních 30 dnech) dosahují vyšší prevalence dívky. Česká republika se drží nad celkovým evropským průměrem, který je 46,0 % pro celoživotní prevalenci užívání tabáku, 12,4 % pro denní užívání a 21,4 % pro kouření v posledních 30 dnech.

Průměrný věk užití 1.cigarety je v České republice 12,58 let, průměrný věk počátku denního užívání je 14,1 let. Alarmující je, že v ČR celkem 42,7 % respondentů svou první cigaretu okusí ve věku 13 let či nižším, což je zhruba o necelou polovinu více než je evropský průměr (23,3 %). Problematická je také míra užívání cigaret, 4,5 % respondentů uvádí, že kouří více než 11 cigaret denně.

Výzkum GYTS (Global Youth Tobacco Survey) z roku 2016 sledoval trendy v užívání tabáku v populaci respondentů mezi 13–15 lety. Celoživotní prevalence v tomto vzorku je 55,6 % (vyšší u chlapců). V posledních 30 dnech je prevalence 21,2 % (nepatrně vyšší u chlapců).

Věk první cigarety je v tomto vzorku respondentů nižší, 47,4 % respondentů svou první cigaretu okusilo ve věku 12–13 let. Celkem 7,5 % respondentů (více než ve studii ESPAD) kouří více než 11 cigaret denně.

V evropském měřítku se Česká republika umístila na 1. místě ze všech 35 zemí účastnících se studie ESPAD 2015. Další místa obsadila Litva s prevalencí 65,0 % a Chorvatsko a Slovensko shodně s 62,0 %. Nejméně je užívání tabáku u mladistvých rozšířeno na Islandu (16,0 %), v Norsku (28,0 %) a na Maltě (29,0 %).

Prevalence kouření v posledních 30 dnech je nejvyšší v Itálii (37,0 %), v Bulharsku a Chorvatsku (shodně 33,0 %). Nejméně v posledním měsíci kouřili respondenti z Islandu (6,0 %), Moldavska (9,0 %) a Norska (10,0 %).

Studie HBSC z roku 2015 udává, že nejvyšší počet respondentů chlapců ve věku 11 let, kteří kouří alespoň jednou týdně, je v Rumunsku. Nejvíce dívek kuřáček je v Bulharsku, Polsku a na Ukrajině. U respondentů ve věku 13 let je nejvíce kuřáků v Litvě a nejvíce kuřáček v Bulharsku. V případě 15letých je nejvíce kuřáků v Chorvatsku, nejvíce kuřáček pak opět v Bulharsku.

Při zjišťování dostupnosti návykových látek ve studii ESPAD se prokázalo, že více než polovina evropských mladistvých považuje za snadné sehnat cigarety. V České republice je toto číslo ještě vyšší (80,0 %), srovnatelně pak v Lichtenštejnsku, Dánsku a Rakousku. Nejméně dostupné jsou cigarety mladistvým v Moldavsku, Makedonii, Rumunsku a na Ukrajině.

3.4. Rizikové a protektivní faktory užívání tabáku u dětí a dospívajících

Kouření představuje faktor, který je ve společnosti obecně velmi tolerován. V současnosti v České republice kouří více než 2 miliony obyvatel. Sovinová a Csémy (2003) se domnívají, že na míru kuřáctví mezi dětmi a dospívajícími má výrazný vliv nedostatečnost legislativních opatření v oblasti kuřáctví, laxní přístup ke změnám a vnímání zákazů kouření jako omezování vlastní svobody. Negativně vnímají také reklamu na tabákové výrobky. Ačkoli legislativa reklamu na tabák omezuje, je stále možné vnímat nepřímou propagaci kouření například ve filmech (Kindl, 2011).

Králíková (Králíková a kol., 2013) se domnívá, že jedním z významných faktorů ovlivňujících kouření dětí je rodina. Uvádí, že více kouří děti, které mají jednoho či oba rodiče kuřáky. Tento fakt potvrzují také Sovinová a Csémy (2003), kteří zjistili, že podíl kuřáků u dětí, jejichž rodiče jsou kuřáky, je o polovinu vyšší než u dětí nekuřáků. Názor sdílí také Novotný a Okrajek (2012), kteří vnímají výrazný vliv modelu rodičů na kouření dětí. Hrubá a Žaloudíková (2011) zdůrazňují i vliv ostatních dospělých, kteří jsou s dětmi v kontaktu (prarodiče, další příbuzní). Autorky také uvádějí, že děti rodičů kuřáků jsou ke kouření tolerantnější a více vnímají pozitivní účinky, které kouření na rodiče má. Jackson (1997) naopak vnímá jako problematické především nabídky od rodičů, samotné přejímání negativních modelů nepovažuje za významný faktor.

Podle Králíkové (Králíková a kol., 2013) se více dětí kuřáků nachází v neúplných rodinách či v rodinách s jedním nevlastním rodičem. To potvrzují i Sovinová a Csémy (2003, s. 13), podle kterých je prevalence kouření nejvyšší u dětí s nevlastním rodičem (44,0 %), mírně nižší pak u dětí z neúplné rodiny (37,0 %) a nejnižší u dětí z úplných rodin (25,0 %). Mezi další predikující faktory patří socioekonomický status rodiny a inteligence dětí (Sovinová & Csémy, 2003; Králíková, 2013).

Jackson (1997) zjišťuje, že jedním z nejvýraznějších prediktorů kouření dětí je přejímání negativních modelů nejlepšího kamaráda a také předpokládaná prevalence kouření u vrstevníků stejného pohlaví. Také Sovinová a Csémy (2003) vliv vrstevníků zdůrazňují. Celkem 90,0 % jejich respondentů, kteří uvedli, že jejich nejlepší kamarád je nekuřák, sami také nekouří. Naopak respondenti, kteří mají kamaráda kuřáka, jsou z 59,0 % také kuřáci. S vrstevnickým tlakem souvisí také móda, experimentování, fenomén zakázaného ovoce, zkoušení hranic a touha přizpůsobit se a někam patřit.

Novotný a Okrajek (2012) kladou důraz také na vztahy s rodiči. Jsou-li dobré, působí jako protektivní faktor kuřáctví. Jackson (1997) dále dodává, že kouření může být důsledkem adaptování se na změny ve školním prostředí a snahou o seberegulaci vlastního chování.

Výzkum Hrubé a Žaloudíkové (2011) dokládá vliv zážitku z první cigarety na pozdější pravidelné kouření. Autorky zjistily, že respondenti, kteří kouřili opakovaně, uvádějí neutrální, dobrý nebo velmi dobrý pocit z prvního užití cigarety. Ti, kteří kouřili pouze jednou, naopak reflektují spíše negativní dojem z prvního užití. Fidler, Brodersen, Wandle a West (2006) také kladou důraz na oddálení prvního zážitku s cigaretou. Zjišťují, že jedinci, kteří ve věku 11 let cigaretu vyzkoušeli, mají vyšší riziko užívání ve věku pozdějším. Tento závěr potvrzuje i Jackson (1997).

Z přehledu uvedených výzkumů vyplývá, že prevenci kouření dětí a mládeže lze zajistit jak na celospolečenské úrovni, tak i na úrovni rodiny a dalšího sociálního prostředí.

3.5. Somatická rizika užívání tabáku

Kouření je ve světě jednou z nejčastějších preventabilních příčin úmrtí miliónů lidí. Rizika kouření pro lidský organismus jsou spojena především s množstvím látek obsažených v tabákovém kouři a produktů hoření. Běžné cigarety v současnosti neobsahují pouze čistý tabák, ale také další složky, které při spalování vytvářejí zplodiny poškozující zdraví člověka. Mezi tyto složky patří například cukry, sirupy či lékořice (Králíková a kol., 2013).

V tabákovém kouři je obsaženo zhruba 4–5 tisíc látek v pevném i plynném skupenství, z nichž celkem 100 pro organismus působí jako kancerogeny. Kouř také obsahuje množství mutagenů, alergenů, toxických látek a oxidu uhelnatého, který je u kuřáků výrazně vyšší než u nekuřáků (Králíková a kol., 2013). K toxicitě tabákového kouře přispívá také alkaloid nikotin, jehož metabolity mají výrazný kancerogenní potenciál (s.124).

Kouření v lidském těle ovlivňuje funkci mnoha orgánových systémů. Známými riziky kuřáctví jsou onemocnění kardiovaskulárního systému, dýchací soustavy, nádorová onemocnění a reprodukční rizika. Kouření má ale výrazný vliv také na imunitu, alergické obtíže, endokrinní systém, onemocnění štítné žlázy, trávicí trakt, močové ústrojí, stomatologické problémy a další.

Výrazným problémem spojeným s kuřáctvím je nádorové bujení. Nejčastějšími nádory kuřáků je rakovina plic a průdušek, kouření může být také spolupříčinou nádorů dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, ledvin či močového měchýře. Celosvětově každý rok na rakovinu plic zemře zhruba jeden milión obyvatel, velké množství z nich představují právě kuřáci. Riziko rakoviny plic se zvyšuje také pasivním kouřením (Králíková a kol., 2013).

Kouření představuje riziko také pro kardiovaskulární systém. Vdechování spalovaného tabáku zdvojnásobuje riziko vzniku kardiovaskulární onemocnění, například onemocnění cév, arytmie, onemocnění myokardu a další (Králíková a kol., 2017).

Dýchací soustavu kouření negativně ovlivňuje rizikem vzniku chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), tuberkulózy a chronické bronchitidy (Lanfranco, 1973).

Na reprodukční systém kouření negativně působí u ve formě snížení pohyblivosti a kvality spermií a poruch erekce u mužů. U žen se zvyšuje riziko neplodnosti, riziko předčasného porodu, nízké porodní váhy dítěte, malformací či úmrtí. Rizikem pro ženy je také kontraindikace kouření s hormonální antikoncepcí, která zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Králíková a kol. 2013).

Nešpor (2008) kromě klasických nemocí, které jsou přímo dávány do souvislosti s kouřením, zmiňuje i riziko popálenin, úrazů, lékových interakcí, pasivního kouření, odvykacích stavů, akutní zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s kouřením a depresivní symptomatologii. Deprese může být způsobena buď samotným odvykacím stavem, kouření může být ale také samoléčbou depresivních symptomů (Nešpor, 2008).

4. Užívání konopí

4.1. Historie konopí a jeho užívání

První důkazy o pěstování konopí lze datovat do období 6000 let př. n. l. a pocházejí z Číny. Domovinou konopí byla v prvopočátku střední Asie, kde bylo konopí ve velkém pěstováno především pro jeho široké možnosti využití od oděvů až po stravu (Miovský a kol. 2008). Za největší „konopnou kulturu“ lze považovat Indii, kde se tradice využívání konopí drží až dodnes. V indických posvátných knihách Hinduismu bylo konopí řazeno mezi jednu z pěti posvátných rostlin k odstranění úzkosti (Miovský a kol., 2008). Konopí se později stalo také součástí buddhistického náboženství.

Na evropském kontinentu se první zmínky o konopí objevují již v období 3000 let př. n. l., první konkrétní písemné zmínky se ale datují až do období antického Říma a Řecka, a spojují se s filozofem Hérododem z Halikarnassu, který popsal nejen užitek konopí při výrobě oblečení, ale také jeho euforizující účinky při inhalaci rostliny (Miovský a kol., 2008). Ve středověku se užívání konopí rozšířilo po celém světě, a to především v oblasti lékařství a oděvnictví. Jeho psychoaktivní účinky však dosud nebyly dostatečně popsány.

Užívání konopí jako drogy se postupně rozšiřovalo v Arabském světě, s expanzí Arabů se návyk konzumace či kouření konopných listů přenesl i do Afriky a do Evropy. Přelom v této oblasti představuje objevení Ameriky v roce 1492, kdy konopí bylo dovezeno z Evropy do Ameriky, kde se dostalo mezi původní americké Indiány.

V novodobé historii se přístup ke konopí rychle proměňoval. Během 20. století se postupovalo od snahy o regulaci užívání konopných drog, která byla následována represemi a zákazem pěstování a užívání, až po postupné upravování a rozvolňování zákonů týkajících se konopí.

V roce 1915 bylo v Utahu poprvé zakázáno držení a prodávání konopí, během následujících patnácti let se pak přidalo dalších 29 států (Redakce 100 + 1, 2015). V Evropě jako první postavilo konopí mimo zákon Řecko.

Klíčovým okamžikem ve 20. století v Evropě byl rok 1961, kdy OSN přijala Jednotnou úmluvu o drogách, přičemž konopí bylo v této úmluvě zahrnuto mezi nejnebezpečnější drogy (Miovský a kol., 2008).

Na přelomu 60. a 70. let ve Velké Británii došlo k přezkoumání nebezpečnosti konopných drog. Bylo zjištěno, že konopí nepředstavuje takové riziko, jak se předpokládalo. Nizozemí zařadilo konopí do méně nebezpečné kategorie návykových látek a stalo se zemí, která nastoupila politiku tolerance k užívání konopných drog.

Ke konci 70. let bylo poprvé v Americe konopí povoleno pro lékařské podmínky, v 80. letech pak bylo povoleno pěstování konopí pro technické účely ve Španělsku (Miovský a kol., 2008).

V 90. letech začíná vzestup užívání konopí v zemích bývalého východního bloku. Roku 1993 bylo povoleno pěstování konopí s nízkým obsahem THC některým firmám, a byl zrušen zákaz pěstování konopí pro technické účely ve Velké Británii (Miovský a kol., 2008). O rok později se Německo stalo druhou zemí po Nizozemsku, která povolila držení malého množství konopí pro vlastní potřebu, o další rok později povolilo pěstování konopí pro lékařské účely. V Americe se prvním státem, povolujícím pěstování technického konopí, stala Havaj v roce 1999 (Miovský a kol., 2008).

Zatímco Evropa postupně schvalovala zákony, které dekriminalizovaly držení a pěstování konopí pro vlastní potřebu, v České republice docházelo k opaku. Držení jakékoli drogy včetně konopí bylo stíháno. K rozvolnění v České republice došlo v roce 2005, kdy byly rozděleny ilegální drogy do dvou skupin, konopné látky byly od ostatních odděleny a podléhaly vlastní právní úpravě. Od roku 2013 lze konopí pro léčebné účely koupit i v České republice, ačkoli jeho držení v malém množství a pěstování (s obsahem nad 0,3 % THC) je stále považováno za přestupek (Redakce 100 + 1, 2015).

4.2. Prevalence užívání konopí v ČR a v Evropě

Z výzkumů monitorujících užívání drog v dospělé populaci (15–64 let) vyplývá, že konopí je po řadu let nejužívanější nelegální látkou v Evropě i v České republice. Uváděná data jsou čerpána z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 (Mravčík a kol., 2016) a z Evropské zprávy o drogách z roku 2017 (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2017).

Dle odhadů EMCDDA je v Evropě celoživotní prevalence užití konopných drog 26,3 %, 87,7 milionů obyvatel tedy někdy v životě konopí užilo. V posledním roce je pak prevalence 7,0 %. Vyšší míra užívání v posledním roce je monitorována ve skupině mladých dospělých (15–34 let). Tato skupina vykazuje prevalenci 13,9 % v posledním roce. Z tohoto počtu je více než polovina (10 milionů) ve věku 15–24 let.

Nejmenší prevalence užívání konopí byla zjištěna v Rumunsku (3,3 %), nejvyšší ve Francii (22,0 %). V celkové evropské prevalenci užívání konopí se Česká republika nachází na třetím místě, hned po první Francii a druhé Itálii.

Celoživotní prevalence užívání konopí v ČR je, dle Národního výzkumu návykových látek 2016, 26,6 % v populaci dospělých, 43,8 % pak v populaci mladých dospělých (15–34 let). Za posledních 12 měsíců užilo konopí celkem 9,5 % dospělých a 19,4 % mladých dospělých. V období posledních 30 dnů pak 5,5 % dospělých a 11,1 % mladých dospělých.

Při srovnání dat s předchozím rokem 2014 došlo k nárůstu celkové prevalence užívání konopí z 28,7 % na 29,5 %. Naopak ale došlo k poklesu prevalence užití v posledních 12 měsících. U mladých dospělých došlo k poklesu prevalence v posledním roce i prevalence celoživotní. Jediná věková skupina, ve které lze pozorovat nárůst prevalence užívání v posledním roce, je 15–19 let.

Výzkum Prevalence užívání drog v ČR 2016 uvádí celoživotní prevalenci užití konopí 24,3 %, u mladých dospělých 37,8 %. V posledních 12 měsících je to 8,3 % a 16,5 % u mladých dospělých. V posledních 30 dnech 3,0 % a 5,1 % u mladých dospělých.

4.3. Prevalence užívání konopí u dětí a dospívajících v ČR a v Evropě

Česká republika je v užívání návykových látek mladistvými dlouhodobě na prvních místech ve srovnání s dalšími evropskými zeměmi. I z výzkumů dospělé populace vyplývá, že konopí je nejrozšířenější drogou mezi nejmladší skupinou obyvatel.

Data pro ČR jsou čerpána ze studie ESPAD 2015, jejíž souhrn je dostupný v 5/16 čísle Zaostřeno na drogy (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016), mezinárodní data pak z ESPAD Report 2015 (ESPAD Group, 2016).

Ačkoli se o konopných drogách mluví jako o těch „méně“ nebezpečných a z výzkumu Postojů a názor občanů na drogy z roku 2016 je známo, že 22,0 % respondentů by bylo pro, aby se konopné drogy společensky tolerovaly (Mravčík a kol., 2016), pro děti a dospívající je tato návyková látka velmi problematická.

Studie ESPAD 2015 dokládá, že 16,0 % respondentů z Evropských zemí ve věku 15–16 let užilo konopí někdy v životě, 7,0 % pak užilo během posledních 30 dní. Česká republika drží prvenství v celoživotní prevalenci užití s 37,0 %, hned za ní stojí Francie (31,0 %). V užití za posledních 30 dní je na prvním místě Francie, ČR se nachází na třetím místě. Nejméně užívané je konopí v severských zemích (Norsko, Švédsko), na Islandu, v Makedonii, v Albánii a na Kypru.

Alarmující je také dostupnost konopných látek. Celkem 30,0 % respondentů uvádí, že je pro ně konopí snadno dostupné. V ČR je to celých 50,0 %. Nejméně dostupné je konopí v Moldavsku a na Ukrajině.

Věk prvního užití u 3,0 % respondentů je 13 let či dříve, v ČR je to 5,0 %. Nejvíce respondentů, kteří užili ve 13 letech či dříve, je v Monaku, Lichtenštejnsku a ve Francii.

Jak již bylo uvedeno, Česká republika drží prvenství v užití konopí celoživotně (37,0 %), přičemž vyšší prevalence je u chlapců. Problematické je, že 14,4 % respondentů uvedlo užití 6krát i častěji v životě, což lze již považovat za pravidelnější užívání. V posledních 12 měsících uvádí užití konopí celkem 27,0 % respondentů, v posledních 30 dnech pak 12,8 % respondentů.

Nejčastější věk prvního užití konopí je 15 let. 15,6 % respondentů sice konopí užilo dříve než v 15 letech, oproti roku 2007 je to ale o zhruba 10,0 % respondentů méně.

Při pozorování vývoje užívání konopí od roku 1995 lze sledovat nejprve výrazný nárůst až do roku 2007. V roce 2011 pak naopak došlo k výraznějšímu poklesu celoživotní prevalence, v roce 2015 tento pokles pokračuje. V případě konopných drog se také začal

vyrovnávat rozdíl mezi pohlavími. Zatímco užívání u chlapců se snížilo, u dívek se nezměnilo.

4.4. Rizikové a protektivní faktory užívání konopí u dětí a dospívajících

V dětství a dospívání na jedince působí mnoho vlivů a tlaků stran okolní společnosti, které v případě závislostního chování představují rizikové či protektivní faktory. Faktory rizikové napomáhají k vytváření snadnější cesty směrem k závislosti, protektivní pak jedince před tímto chováním chrání.

Nešpor (2001, s. 44–54) uvádí šest faktorů, které mohou ovlivnit počátek užívání návykových látek. Osobnost a dědičnost hrají roli v problematice užívání návykových látek na úrovni duševních nemocí, chronických onemocnění, nižší inteligence, závislosti v rodině aj. Ve větší míře návykové chování ovlivňují osobnostní faktory jedince. Negativně působí neschopnost zvládat stres, nízké sebevědomí, neschopnost si vytvářet příjemné pocity zdravým způsobem, deprese, úzkosti, smutek či agrese.

Druhým faktorem je rodina, která by pro dítě měla plnit funkci ochranou a přijímající. Pokud v rodině existují pevné vazby, dostatečně pečující rodiče, vřelost, ale i dostatečná důslednost a vytyčení pravidel, rodiče nepřístupují kladně k návykovým látkám, sami látky neužívají, jsou duševně zdraví, a mají spolu kladný vztah, pak je dítě na nejlepší cestě k vyhnutí se závislosti. Rizikové faktory na úrovni rodiny jsou: nedostatek času na dítě, nedostatek citů, nedůsledná výchova, nejasná pravidla, konflikty mezi rodiči, užívání návykových látek v rodině aj.

V dalším životě dítě ovlivňuje škola. Protektivní faktory v oblasti školy jsou prováděné preventivní programy, komunikace s rodinou, jasný postoj školy k návykovým látkám, přátelský a pomáhající vztah s učiteli, spolupráce s dalšími mimoškolními organizacemi aj. Dalším faktorem ve vývoji dítěte jsou vrstevníci. Pokud se jedinec setkává s přáteli, kteří berou drogy, hrají hazardní hry, mají kladný vztah ke drogám, a vykazují delikventní chování, představuje to pro dítě výrazný rizikový faktor.

Na úrovni celospolečenské na dítě působí faktory, které souvisí s dostupností návykových látek a s jejich propagací. Roli zde hraje také sociální vyloučení, rasová diskriminace, zákony aj. Poslední rizikový faktor přichází v pozdějším životě jedince. Představují ho dle Nešpora (2001) některá riziková povolání.

Nešporovy rizikové a protektivní faktory se zabývají závislostí v nejširším měřítku. Greaves, Fernandez, Shelton, Frabutt a Williford (2005) zdůrazňují potřebu zabývat se konkrétními návykovými látkami, a proto se ve svém výzkumu zabývali rizikovými faktory užívání alkoholu, tabáku a konopí u mladistvých. Zjistili, že mladiství, kteří užívají tabák, budou mít větší pravděpodobnost užití konopí a alkoholu. Tento fakt potvrzují také Brook, Brook, Arencibia-Mireles, Richter a Whiteman (2001). Dalším rizikovým faktorem je užívání konopí rodiči dítěte (Brook a kol., 2001; Greaves a kol., 2005). Greaves a kol.

(2005) se domnívají, že příčinou vyšší prevalence užívání konopí u dětí, jejichž rodiče také užívají, je větší míra „normativnosti“ tohoto chování a také menší problémy při „prozrazení“.

Van den Bree a Pickworth (2005) provedli výzkum ve dvou vlnách, kde identifikovali několik rizikových faktorů na úrovni školy, osobnosti, denních aktivit, psychického zdraví, životních těžkostí, náboženství a sociálního znevýhodnění. Z jednotlivých faktorů pak jako nejrizikovější potvrdili vrstevníky, kteří užívají, delikvenci, problémy ve škole a užívání jiných návykových látek.

4.5. Somatická, psychická a sociální rizika užívání konopí

V souvislosti s konopím se často mluví o jeho blahodárných účincích na lidský organismus (Winters & Sabet, 2017). Mezi pozitivní účinky konopí se řadí například zmírnění bolestí při roztroušené skleróze a u pacientů, kteří podstupují chemoterapii (National academies of sciences, engineering and medicine, 2017). Výzkumy podložené je také pozitivní vliv konopí při mírnění příznaků Tourettova syndromu, Huntingtonovy chorey a Parkinsonovy nemoci (Vyskočilová & Práško, 2015)

Ze somatických rizik užívání konopí se nejčastěji zdůrazňuje vliv na dýchací systém a kardiovaskulární systém. Užívání konopí vede ke zvýšení tepové frekvence až o 50 % (Nešpor, 2012; Vyskočilová & Práško, 2015). Mladí uživatelé v tomto ohledu nepředstavují riziko, ale pro uživatele středního věku se srdečními problémy může být toto zvýšení až smrtelné. Vliv na dýchací systém existuje jak u lidí, kteří trpí dýchacími obtížemi, tak i u zdravých jedinců. Užívání konopí zvyšuje riziko chronického zánětu průdušek, objevují se příznaky podobné bronchitidě (zahlenění, sípot) a kancerogeny v kouři zvyšují riziko rakoviny plic (Nešpor, 2012; Vyskočilová & Práško, 2015). Vzhledem k nejčastějšímu způsobu užívání konopí, kterým je kouření, existuje také vyšší riziko vzniku infekcí dutiny ústní a rakoviny v dutině ústní. Konopí také pravděpodobně ovlivňuje reprodukční systém u obou pohlaví, studie, které tento efekt dokazují u lidí, jsou však nedostatečné (Vyskočilová & Práško, 2015).

Konopí má účinky i na psychiku a kognitivní funkce, přičemž platí pravidlo, že čím dřívejší je počátek užívání, a čím častější a vyšší dávky se užívají, tím jsou rizika vyšší.

U uživatelů se mohou objevovat úzkostné stavy, panické ataky a deprese. U náchylnějších jedinců s psychiatrickou anamnézou v rodině, kteří užívají masivně, zvyšuje užívání konopí riziko psychotických příznaků. U tradičních národů (například v Indii) byly dokonce popsány tzv. kanabisové psychózy (Vyskočilová & Práško, 2015).

Mnoho výzkumů prokazuje souvislost mezi schizofrenií a užíváním konopí (Weiser & Noy, 2005, Allebeck, Adamsson, Engström & Rydberg, 1993; Caspari, 1999; Kelley, Wan, Broussard & kol., 2016). Konopí může podnítit dřívejší vznik schizofrenie u zranitelnějších jedinců nebo může zhoršovat průběh již existující nemoci.

Kognitivní poruchy vznikají při akutním užití, kdy dochází k poruchám soustředění a pozornosti, nebo jsou spojeny s chronickým užíváním, kdy dochází ke zhoršení paměti, psychomotorické rychlosti, učení a myšlení (Nešpor & Csémy, 2012). Tyto poruchy se objevují častěji u jedinců, kteří s užíváním začali již v adolescenci (Mandelbaum & de la Monte, 2017).

U adolescentů existuje také riziko narušení vývoje při intenzivním užívání konopí, vyšší riziko delikvence, nedokončení středoškolského vzdělání a nestability ve vztazích v pozdějším dospělém pracovním i osobním životě (Vyskočilová & Práško, 2015; Volkow, Baler, Compton & Weiss, 2014).

5. Prevence rizikového chování

Primární prevence rizikového chování představuje soubor intervencí používaných k předcházení či oddálení rizikového chování. Mezi rizikové chování se řadí záškoláctví, šikana a agrese, extrémní sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus, sektářství, sexuálně rizikové chování a závislostní chování (Miovský, Skácelová, Zapletalová & Novák, 2010, s. 24). Patří sem z části i poruchy příjmu potravy a syndrom týraného a zneužívaného dítěte.

Primární prevence se dělí na nespecifickou, která se zaměřuje na zdravý životní styl jako celek, a specifickou, zaměřující se na konkrétní rizikové chování. Dále se dělí na prevenci všeobecnou, indikovanou a selektivní. První jmenovaná zahrnuje všechny děti a dospívající, dvě další se zaměřují na rizikovější skupiny dětí a mládeže.

V současnosti má primární prevence několik základních požadavků, které zajišťují její efektivitu. Je nutné, aby preventivní programy vyjadřovaly přímý vztah k rizikovému chování, musí být časově ohraničeny a musí se věnovat konkrétní cílové skupině. Je žádoucí, aby prevence byla komplexní, kontinuální, cílená a adekvátní dané skupině, s včasným začátkem, pozitivně orientovaná, interakční, využívající peer prvky (program založený na vlivu vrstevníků) a KAB model (orientace nejen na předávání informací, ale i na změnu postojů a chování), denormalizující rizikové chování a podporující protektivní faktory (Miovský a kol., 2010, s. 26).

Hlavním cílem primárně preventivních programů je předcházet vzniku rizikového chování. U dětí s problematickým chováním, špatným rodinným zázemím, odlišnou etnicitou aj. je šance, že se některé rizikové chování objeví, vyšší než u běžné populace. Mezi další cíle prevence proto patří i oddálení rizikového chování na co nejpozdější dobu, působení na klienta a jeho motivaci skončit s rizikovým chováním, které se již objevilo, či zajištění ochrany před dopady rizikového chování a motivování klientů k využití pomoci (Miovský a kol., 2010).

5.1. Preventivní programy ve školství

V rámci školní primární prevence se na každé škole musí uplatňovat tzv. minimální preventivní program, který je Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy definován jako „konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj a komunikační dovednosti“ (MŠMT, 2010, čl. II). Doporučená hodinová dotace pro MPP je 86 hodin a každá škola má povinnost tento program zajistit.

Minimální preventivní program má obsahovat tři základní tematické okruhy. Patří sem tvorba pravidel, které zajišťují bezpečí dětí ve škole, programy zaměřující se na rozvoj dovedností potřebných pro život a konečně programy, které cílí na konkrétní formy rizikového chování (Miovský, Skácelová, Čablová, Veselá & Zapletalová, 2012, s. 16).

Ve školství je nejčastější prevence všeobecná. Klíčové požadavky na efektivní všeobecnou primární prevenci v oblasti adiktologických služeb definuje Nešpor (Nešpor, Csémy & Pernicová, 1999, s. 8–11). Prevence by měla být včasná a odpovídat věku dětí, není proto vhodné, používat hromadné programy pro celou školu. Programy by měly být malé a interaktivní, ideální je pracovat maximálně s jednou třídou. Důležité je, aby byl program dlouhodobý, komplexní a vedený kvalifikovaným důvěryhodným profesionálem. V programu musí děti získávat dovednosti potřebné pro život skrze využívání pozitivních modelů. Programy musí zahrnovat všechny návykové látky (legální i nelegální) a nemělo by v nich chybět snižování dostupnosti návykových látek.

V programech všeobecné prevence lze podchytit problémy u dětí, které mají vyšší předpoklad pro vznik rizikového chování. Na základě toho se pak mohou vytvářet selektivní programy primární prevence.

5.2. Specifika prevence v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež se řadí mezi služby sociální prevence. Pracují s dětmi a mladými lidmi, kteří se řadí mezi tzv. rizikové skupiny, přičemž tyto skupiny většinou pracovníky akceptují a věří jim (Herzog, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007). Pracovníci NZDM mají proto velmi dobrý výchozí bod k preventivnímu působení na své klienty.

NZDM se řídí Standardy kvality sociálních služeb pro NZDM, které vydala Česká asociace streetwork (Výkonný výbor ČAS, 2006). Standardy v sobě nezahrnují povinnost vytváření programů primární prevence v NZDM, nicméně se zmiňují o tom, že by NZDM jako celek mělo na své klienty preventivně působit. Záleží tedy na každém konkrétním zařízení, jakým způsobem a v jakém rozsahu se bude primární prevenci věnovat.

Prevence v NZDM může probíhat jak na bázi programu pro celý klub, tak i za pomoci individuálních konzultací s jednotlivými klíčovými pracovníky, a odvíjí se od specifických potřeb cílové skupiny a lokality. Programy primární prevence mohou být jednorázové (diskuze, besedy, komponované programy) i dlouhodobé (kontaktní práce, situační intervence, informační servis, poradenství) (Racek & Herzog, In: Kontaktní práce: Antologie textů ČAS, 2007).

Holiš (2009) v rámci preventivního působení NZDM zavedl tzv. Tematické modely, což jsou okruhy témat, které by měly být zavedeny v NZDM jako součást jejich běžného provozu. Tyto modely by se měly týkat témat, která řeší klienti zařízení, a měly by vytvořit pevný rámec programů specifické primární prevence v NZDM. Holiš (2009) za těchto 12 nejčastěji řešených témat považuje návykové látky, konfliktní chování, fyzické a duševní zdraví, sexuální chování, sociální zdatnost, rodinu, školu, práci a brigády, partu a vrstevníky, volný čas a rekreaci, rasismus a xenofobii a subkultury. Zajímavou bakalářskou práci s touto tematikou předložila Tomancová (2010), která se z pozice vedoucí NZDM

Autobus pokusila vytvořit tematický model ve jmenovaném NZDM. Program v klubu fungoval od dubna roku 2004 a dále pravděpodobně během působení autorky jako vedoucí klubu. V současnosti není jasné, zda program probíhá i nadále.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle výzkumu a hypotézy

1.1. Cíle výzkumu

Práce si klade za cíl prozkoumat míru užívání tabáku a konopí u dětí a mladistvých v NZDM v Praze a jejich postoje k užívání jmenovaných látek.

Cílem práce je také zjistit, zda klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež inklinují ve větší míře k užívání těchto návykových látek než děti z běžné školní populace. Pro srovnání budou výsledky předkládaného výzkumu porovnány s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2015, a to v dané věkové kategorii 15–16 let.

Dílčím cílem je prozkoumat, zda bude míra užívání tabáku a konopí vyšší v souvislosti s některými sociodemografickými charakteristikami.

1.2. Výzkumné otázky a hypotézy

Práce zkoumá míru užívání tabáku a konopí u klientů NZDM v porovnání s běžnou školní populací a možnou souvislost vybraných sociodemografických charakteristik výzkumného vzorku s užíváním jmenovaných látek. Z cíle výzkumu vyplývají následující hypotézy:

Hlavní hypotéza:

1. Prevalence užívání tabáku u klientů NZDM ve věku 15–16 let bude vyšší než u běžné školní populace dle studie ESPAD 2015.
2. Prevalence užívání konopí u klientů NZDM ve věku 15–16 let bude vyšší než u běžné školní populace dle studie ESPAD 2015.

Vedlejší hypotézy:

3. Prevalence užívání tabáku bude vyšší u respondentů, jejichž rodiče většinou nevědí, kde tráví sobotní večery.
4. Prevalence užívání konopí bude vyšší u respondentů, jejichž rodiče většinou nevědí, kde tráví sobotní večery.
5. Prevalence užívání tabáku bude vyšší u respondentů, kteří jsou méně spokojeni se vztahem k rodičům.
6. Prevalence užívání konopí bude vyšší u respondentů, kteří jsou méně spokojeni se vztahem k rodičům.
7. Prevalence užívání tabáku bude vyšší u respondentů, kteří mají partu přátel, kde se kouří marihuana.
8. Prevalence užívání konopí bude vyšší u respondentů, kteří mají partu přátel, kde se kouří marihuana.
9. Prevalence užívání tabáku bude vyšší u respondentů, kteří žijí v neúplné rodině.

10. Prevalence užívání konopí bude vyšší u respondentů, kteří žijí v neúplné rodině.

2. Výzkumný vzorek

2.1. Pilotní studie

Pilotní studie je důležitou součástí výzkumu, především není-li výzkumník dostatečně obeznámen s populací, ve které zamýšlí danou problematiku zkoumat. V teoretické části práce byl zmíněn výzkum Zemanové a Dolejše (2015), kteří se problematikou rizikového chování v NZDM zabývali. Z jejich výzkumu vyplývá, že děti a mládež v NZDM představují populaci s vyšším výskytem nežádoucích forem chování.

V rámci svého zaměstnání v klubu pro děti 1. stupně ZŠ jsem provedla krátkou pilotní studii se třemi dětmi ve věku 11–12 let. Formou rozhovoru jsem zjišťovala, zda je žádoucí danou problematiku u dětí zkoumat. Na základě pilotní studie jsem z výzkumu vyloučila ostatní návykové látky, které u mladších dětí nejsou obvyklé. Aby bylo možné zkoumat i jiné návykové látky, spodní věková hranice výzkumu by musela být vyšší.

Výzkum se proto týká pouze konopí a tabáku, jejichž užívání se objevuje již u dětí mladších, a může tak být zkoumána věková skupina od 10 do 18 let. Na základě komunikace s pracovníky klubů také předpokládám malou motivaci dětí a dospívajících k vyplňování dotazníků. Rozsáhlejší dotazník s otázkami zacílenými na další návykové látky by proto nemusel být respondenty dobře přijat, soustředěnost při vyplňování by se postupně snižovala a riziko zkreslení výsledků by se tak zvyšovalo.

2.2. Předvýzkum

Pro sběr dat byl využit dotazník ze studie ESPAD 2015, ve kterém jsem provedla několik malých úprav a vybrala ty otázky, které jsou relevantní vzhledem k předkládanému výzkumu. Protože dotazník ESPAD cílí na věkovou skupinu 16–17 let, provedla jsem krátký předvýzkum, aby bylo ověřeno, že otázkám porozumí také mladší respondenti. Dotazník byl rozdán sedmi dětem v klubu, kde pracuji. Respondenti předvýzkumu byli ve věku 10–13 let. S dětmi byly probrány jednotlivé otázky z hlediska srozumitelnosti i ochoty vyplnění, aby se eliminovalo budoucí riziko nesprávného pochopení otázek.

2.3. Výběr a charakteristiky výzkumného vzorku

Zařízení pro výzkum byla vybrána na základě přehledu nízkoprahových a otevřených zařízení pro děti a mládež v Praze, který byl vytvořen Oddělením prevence kriminality Magistrátu hl. m. Prahy v roce 2013. Dále bylo nahlédnuto do adresáře organizací na webové adrese www.streetwork.cz. Hledání bylo doplněno na webové adrese www.jdidoklubu.cz. Všechny nalezené kluby, které v době provádění výzkumu (listopad 2017 – únor 2018) fungovaly, byly kontaktovány. Tabulka 1 znázorňuje přehled kontaktovaných klubů a jejich zařazení/nezařazení do výzkumu (popř. důvod, proč se výzkumu neúčastní).

Tabulka 1: Oslovené NZDM

Část Prahy	Název klubu	Realizace výzkumu	Důvod neúčasti
Praha 2	Palestra	ne	nedostatek klientů
Praha 2	Beztíže 2	ano	
Praha 3	Teen Challenge	ne	bez reakce
Praha 3	Beztíže	ano	
Praha 3	R-mosty	ano	
Praha 3	Husita	ne	bez reakce
Praha 6	Suterén	ne	nedostatek klientů
Praha 7	Klub 2. patro	ne	bez reakce
Praha 7	Dixie	ne	malá motivace klientů k vyplňování dotazníků
Praha 8	Vrtule	ano	
Praha 9	Harfica	ano	
Praha 11	Jižní pól	ano	
Praha 11	Ymkárium	ne	bez reakce
Praha 12	Krok	ne	bez reakce
Praha 13	JednaTrojka	ano	
Praha 14	Džagoda	ano	
Praha 14	Pacific	ano	
Praha 14	Most	ne	mladší věková skupina
Praha 15	Chodba Hostivař	ne	bez reakce
Praha 16	Klub Radotín	ne	bez reakce
Praha 17	Klub 17	ano	
Praha 20	HoPo	ano	
Praha 21	Autobus	ne	mladší věková skupina
Praha 22	Klub 803 – Uhřetěves	ne	bez reakce

Zdroj: vlastní průzkum

Do výzkumného vzorku byli vybráni klienti, kteří navštěvují daná NZDM. Jediným dalším kritériem výběru byl věk. Pro vzorek bylo aplikováno věkové omezení 10–18 let.

V souhrnu se výzkumu účastnilo 11 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Výzkumný soubor sestává z celkem 97 respondentů obou pohlaví a různého věkového rozpětí.

3. Použité metody šetření

Dotazník použitý pro předkládaný výzkum vychází z dotazníku pro mezinárodní studii ESPAD, která je realizována od roku 1995 každé 4 roky. V roce 2015 tato studie proběhla již po šesté. Cílovou skupinou projektu ESPAD jsou studenti základních/středních škol ve věkové kategorii 15–16 let. V roce 2015 se projektu ESPAD účastnilo 215 škol a celkem 2738 studentů (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

K výzkumu byla využita část zmíněného dotazníku ze studie ESPAD 2015, která se zaměřuje na tabák a konopí. Byly také převzaty některé obecné otázky (např. otázka týkající se vztahu k rodičům, vzdělání rodičů aj.) a konečně otázky týkající se rizikosti jednotlivých vzorců užívání jmenovaných látek. Jednotlivé otázky a jejich formulace byly na základě předvýzkumu poupraveny tak, aby jim porozuměli i mladší respondenti.

V dotazníku bylo celkem 21 otázek. Osm otázek bylo zaměřeno na sociodemografické charakteristiky respondentů, dvě otázky cílily na obtížnost získání zkoumaných návykových látek, jedna otázka zkoumala názory na rizikovost jednotlivých vzorců návykového chování a zbylých deset otázek se týkalo samotného užívání tabáku a konopí. V dotazníku bylo 5 otevřených a 16 uzavřených otázek.

Sběr dat byl realizován v jedenácti nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež v Praze. Od listopadu roku 2017 byla postupně oslovena všechna nalezená NZDM v Praze, emailem či telefonicky, s prosbou o účast na dotazníkovém šetření. Realizace dotazníkového šetření v NZDM probíhala během měsíců ledna a února 2018.

Některé dotazníky jsem rozdávala sama přímo v daných NZDM, jiné byly distribuovány pracovníky klubů. Dotazníky byly v některých klubech vhazovány do schránek důvěry, byla tak zajištěna anonymita vyplňujícího. Pracovníci všech zařízení, která se výzkumu účastnila, byli velice vstřícní a do výzkumu se sami aktivně zapojovali.

Klienti, se kterými jsem na dotazníku pracovala osobně, byli seznámeni s účelem dotazníku ústně i formou úvodního slova na začátku dotazníku. Zbylí respondenti měli k dispozici v papírové formě úvodní slovo, a navíc byli o výzkumu informováni pracovníky klubů. Klienti byli seznámeni s anonymitou dotazníku, s jeho využitím pouze pro účely bakalářské práce a se skutečností, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Etika sběru dotazníků v některých klubech byla zajištěna podpisem mlčenlivosti.

4. Analýza výsledků

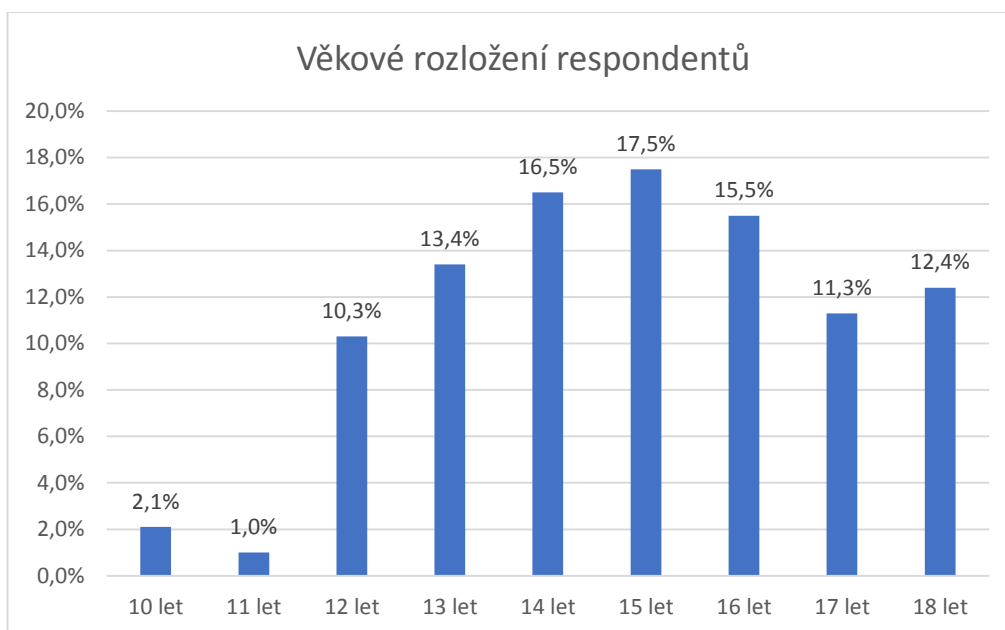
Dotazník vyplnilo celkem 107 respondentů. Z tohoto počtu bylo 10 dotazníků vyřazeno z důvodu nevyplnění nebo chybného vyplnění většího procenta otázek.

V programu Microsoft Excel byla vytvořena datová matice. Respondenti byli rozděleni dle pohlaví, věku, vzdělání rodičů, vztahu respondentů k rodičům, sdílení domácnosti s členy rodiny, trávení večerů a socioekonomického statusu rodiny. V analýze budou nejprve zohledněny (podle pořadí otázek v dotazníku) sociodemografické charakteristiky respondentů, následně bude analyzováno užívání tabáku a konopí.

Z celkového vzorku 97 respondentů je 52,6 % chlapců (51 resp.) a 47,4 % dívek (46 resp.).

Věkový rozsah výzkumného vzorku je 10–18 let včetně. Průměrný věk respondentů je 14,9 let (14,5 let dívky, 15,2 let chlapci). Relativní četnost respondentů z každé věkové kategorie je znázorněna v grafu č. 1.

Graf 1: Věkové rozložení respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 32,0 % respondentů uvedlo, že jejich matka dosáhla základního vzdělání. V případě vzdělání otce 33,0 % respondentů uvedlo, že neví jakého vzdělání dosáhl jejich otec. Středoškolské vzdělání bez maturity u otce je ve vzorku zastoupeno v druhém nejvyšším počtu (26,8 %), stejně tomu je u vzdělání matky (27,8 %). Pouze malé množství respondentů má vysokoškolsky vzdělané rodiče (3,1 % u matky, 6,2 % u otce).

Údaje o vzdělání rodičů jsou shrnuty v tabulce 2.

Tabulka 2: Vzdělání rodičů

Vzdělání	Matka		Otec	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní	31	32,0 %	15	15,5 %
střední bez maturity	27	27,8 %	26	26,8 %
střední s maturitou	21	21,6 %	18	18,6 %
vysokoškolské	3	3,1 %	6	6,2 %
nevím	15	15,5 %	32	33,0 %
celkem	97	100,0 %	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 znázorňuje vztah respondentů ke každému z rodičů. Z tabulky vyplývá, že přibližně polovina respondentů je se svým vztahem k rodičům velmi spokojena (50,5 % respondentů je velmi spokojeno se vztahem k matce, 47,4 % respondentů je velmi spokojeno se vztahem k otci). Výraznou nespokojenost se vztahem k matce lze pozorovat pouze u 6,2 % respondentů, výraznou nespokojenost se vztahem k otci pak u 9,3 % respondentů.

Tabulka 3: Spokojenost se vztahem k rodičům

Spokojenost se vztahem	Matka		Otec	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi spokojen/a	49	50,5 %	46	47,4 %
spokojen/a	21	21,7 %	22	22,7 %
ani spokojen/a ani nespokojen/a	12	12,4 %	12	12,4 %
spíše nespokojen/a	9	9,3 %	8	8,3 %
zcela nespokojen/a	6	6,2 %	9	9,3 %
celkem	97	100,0 %	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dále bylo zjištěno, že 44,3 % respondentů žije s matkou a s otcem. Celkem 10,3 % respondentů žije s matkou a nevlastním otcem. Pouze s matkou (vlastní či nevlastní) žije 28,9 % respondentů, pouze s otcem (vlastním či nevlastním) žije 7,2 % respondentů. Celkem 4,1 % dotazovaných žije pouze s prarodiči. Zbývající čtyři respondenti žijí pouze se sourozenci či s jinými lidmi. Jeden respondent uvedl, že žije s vlastní i nevlastní matkou a s vlastním i nevlastním otcem (v tabulce vyznačeno jako *jiné*).

Údaje o společném bydlení respondentů jsou shrnuty v tabulce 4.

Tabulka 4: Členové společné domácnosti

Člen společné domácnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Matka + otec	43	44,3 %
Matka + nevlastní otec	10	10,3 %
Pouze matka/nevlastní matka	28	28,9 %
Pouze otec/nevlastní otec	7	7,2 %
Pouze prarodiče	4	4,1 %
Pouze sourozenci	1	1,0 %
Pouze jiní lidé	3	3,1 %
Jiné	1	1,0 %
Celkem	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 znázorňuje, zda rodiče respondentů mají přehled o tom, jak jejich děti tráví sobotní večery. Pozitivní zjištění je, že u více než poloviny (68 %) respondentů rodiče většinou vědí, kde večery tráví. Pouze 14,4 % respondentů uvedlo, že jejich rodiče obvykle neví, kde večery tráví. Jeden z těchto respondentů byl již plnoletý.

Tabulka 5: Trávení sobotních večerů

Povědomí rodičů o tom, kde respondent tráví večery	Absolutní četnost	Relativní četnost
vždy	41	42,0 %
většinou	25	25,8 %
někdy	17	17,5 %
obvykle ne	14	14,4 %
celkem	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z analýzy socioekonomického statusu rodin respondentů vyplývá, že největší počet respondentů považuje finanční stav své rodiny za průměrný. Celkem 10,3 % respondentů uvádí, že jejich rodina je velmi bohatá. Opačný konec, rodinu velmi chudou, uvádí pouze jeden respondent. Finanční stav rodin respondentů shrnuje tabulka 6.

Tabulka 6: Finanční situace rodiny

Finanční situace rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi bohatá	10	10,3 %
bohatá	11	11,3 %
průměrná	70	72,2 %
chudá	5	5,2 %
velmi chudá	1	1,0 %
celkem	97	100,0 %

Při sledování prevalence užívání tabáku a konopí bylo zjištěno, že 77,3 % dotazovaných někdy v životě užilo tabák. Celkem 47,4 % respondentů uvádí, že kouří denně. V případě konopí jsou čísla nižší. Počet respondentů, kteří někdy v životě užili konopí, však stále přesahuje polovinu (52,6 %). V případě denního užívání konopí je situace odlišná, pouze 4,1 % dotazovaných uvádí denní užívání. Data jsou shrnuta v tabulce 7.

Tabulka 7: Užívání tabáku a konopí

Kouřil/a jsi někdy cigarety, doutník nebo dýmku?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	75	77,3 %
ne	22	22,7 %
celkem	97	100,0 %
Kouříš cigarety denně?		
ano	46	47,4 %
ne	51	52,6 %
celkem	97	100,0 %
Kouřil/a jsi někdy marihuanu?		
ano	51	52,6 %
ne	46	47,4 %
celkem	97	100,0 %
Kouříš marihuanu denně?		
ano	4	4,1 %
ne	93	95,9 %
celkem	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Průměrný věk prvního užití tabáku a konopí a průměrný věk počátku denního užívání tabáku a konopí znázorňuje tabulka 8. Nejnížší uvedený věk při prvním užití tabáku mezi respondenty je 5 let, nejvyšší pak 17 let. Nejnížší věk prvního užití konopí je 9 let, nejvyšší 17 let. Nejnížší věk počátku denního užívání tabáku je 9 let, nejvyšší 17 let. V případě denního užívání konopí je nejnížší věk 9 let, nejvyšší 16 let. Vzorek denních uživatelů konopí je však velmi malý, data tak nemohou být považována za vypovídající.

Tabulka 8: Průměrný věk prvního užití a počátku denního užívání

Průměrný věk prvního užití tabáku	10,6 let
Průměrný věk prvního užití konopí	13,5 let
Průměrný věk počátku denního užívání tabáku	12,7 let
Průměrný věk počátku denního užívání konopí	13 let

Tabulka 9 znázorňuje obtížnost získání cigaret a konopí podle názoru respondentů. Bylo zjištěno, že více než polovina všech respondentů považuje získání cigaret za snadné nebo velmi snadné. Pouze 10 respondentů vnímá získání cigaret jako těžké až nemožné.

U konopí jsou tato čísla odlišná. Ačkoli téměř polovina respondentů považuje získání konopí za snadné až velmi snadné, 31 respondentů si naopak myslí, že sehnat konopí je velmi těžké až nemožné.

Tabulka 9: Obtížnost získání tabáku a konopí

Jak obtížné by podle tebe bylo sehnat cigarety, kdybys o ně stál/a?	Absolutní četnost	Relativní četnost
nemožné	4	4,1 %
velmi těžké	3	3,1 %
těžké	3	3,1 %
ani těžké ani snadné	19	19,6 %
snadné	23	23,7 %
velmi snadné	45	46,4 %
celkem	97	100,0 %
Jak obtížné by podle tebe bylo sehnat marihuanu, kdybys o ni stál/a?	Absolutní četnost	Relativní četnost
nemožné	19	19,6 %
velmi těžké	12	12,4 %
těžké	3	3,1 %
ani těžké ani snadné	16	16,5 %
snadné	23	23,7 %
velmi snadné	24	24,7 %
celkem	97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

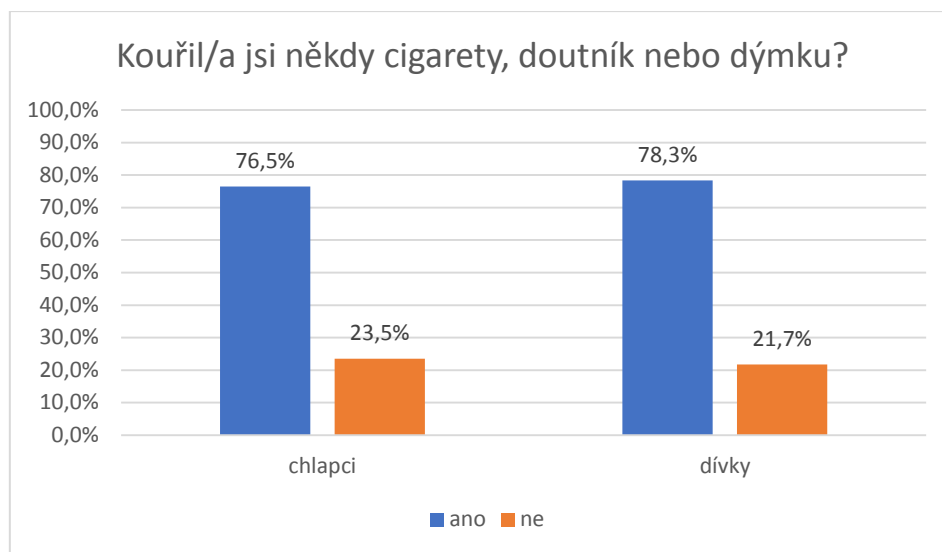
4.1. Užívání tabáku a konopí podle pohlaví

Analýza proměnné pohlaví v souvislosti s užíváním tabáku a konopí dokládá, že z celkového množství 51 respondentů chlapců jich 76,5 % někdy užilo tabákové výrobky. Z celkového počtu 46 dívek jich 78,3 % někdy užila tabákové výrobky.

V případě konopí celkem 54,9 % respondentů chlapců uvádí, že někdy konopí užili. Prevalence užití konopí u dívek je 50,0 %.

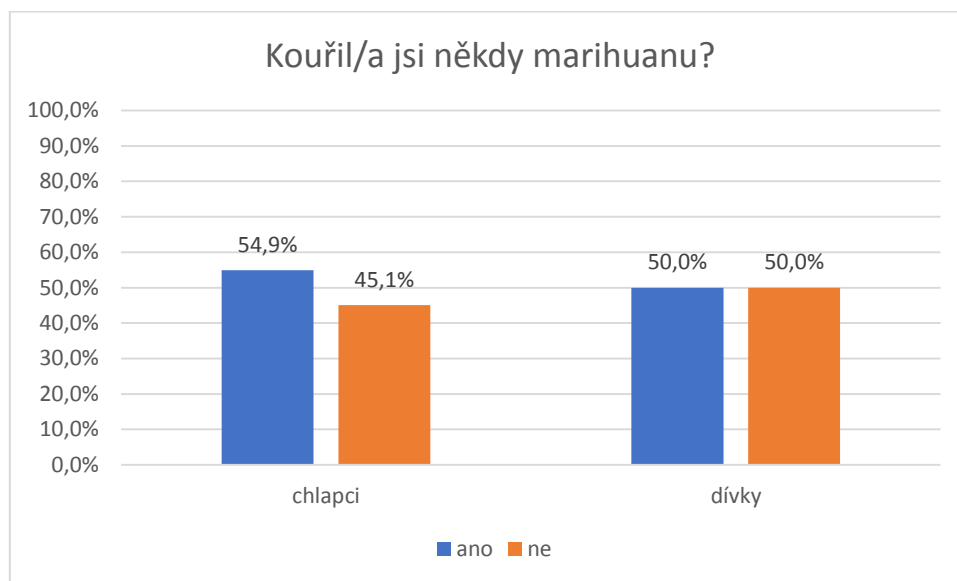
Data jsou graficky znázorněna v grafech č. 2 a 3.

Graf 2: Kouřil/a jsi někdy cigarety, doutník nebo dýmku?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Kouřil/a jsi někdy marihuanu?



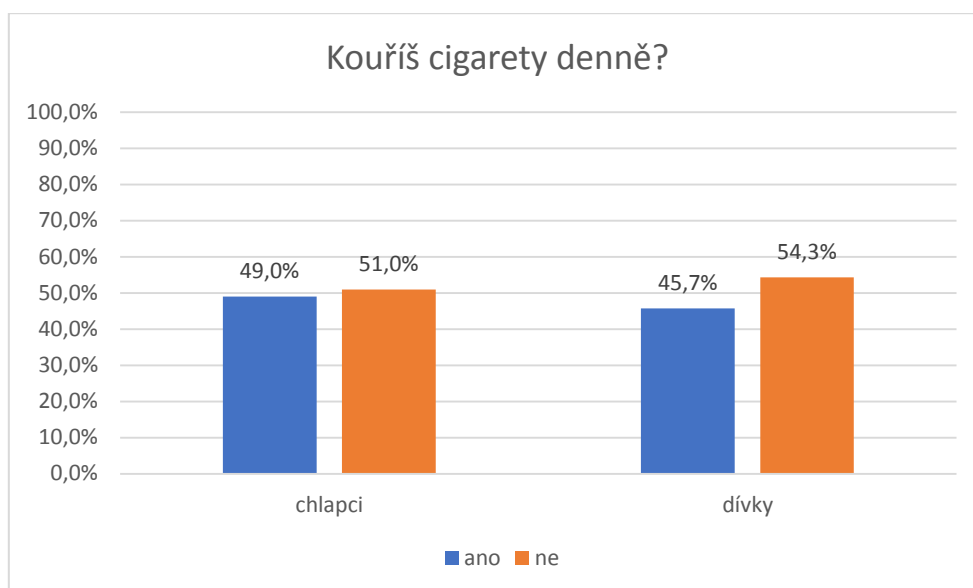
Zdroj: vlastní výzkum

V otázce denního užívání tabáku vykazovali větší prevalenci chlapci. Celkem 49,0 % respondentů uvádí, že jsou denními kuřáky. V případě dívek denní užívání uvádí 45,7 % respondentek.

Analýza denního užívání konopí ukazuje, že většina respondentů neužívá denně. Pouze 5,9 % respondentů chlapců je denními kuřáky marihuany. V případě dívek jsou to pouze 2,2 % respondentek.

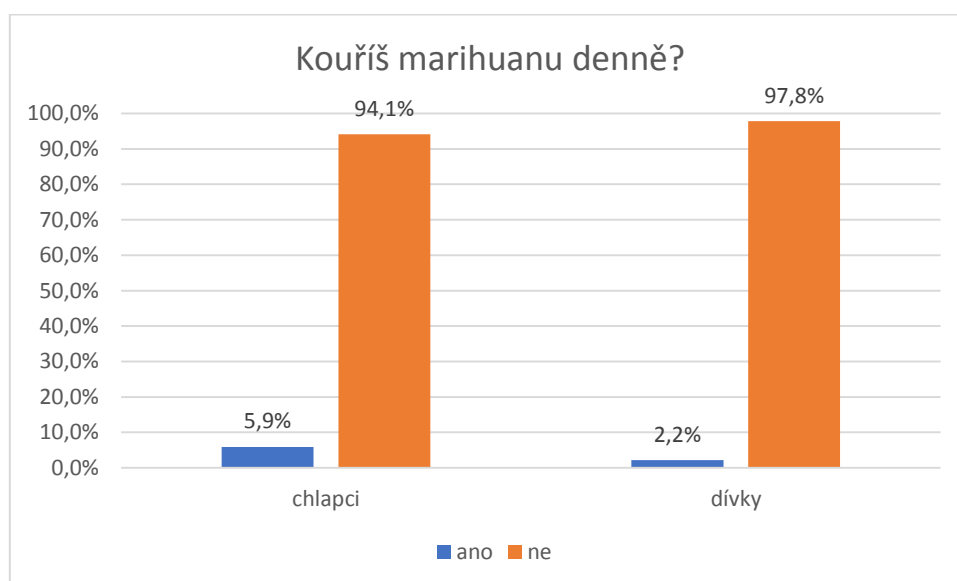
Data o denním užívání jsou graficky znázorněna v grafech č. 4 a 5.

Graf 4: Kouříš cigarety denně?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Kouříš marihuanu denně?



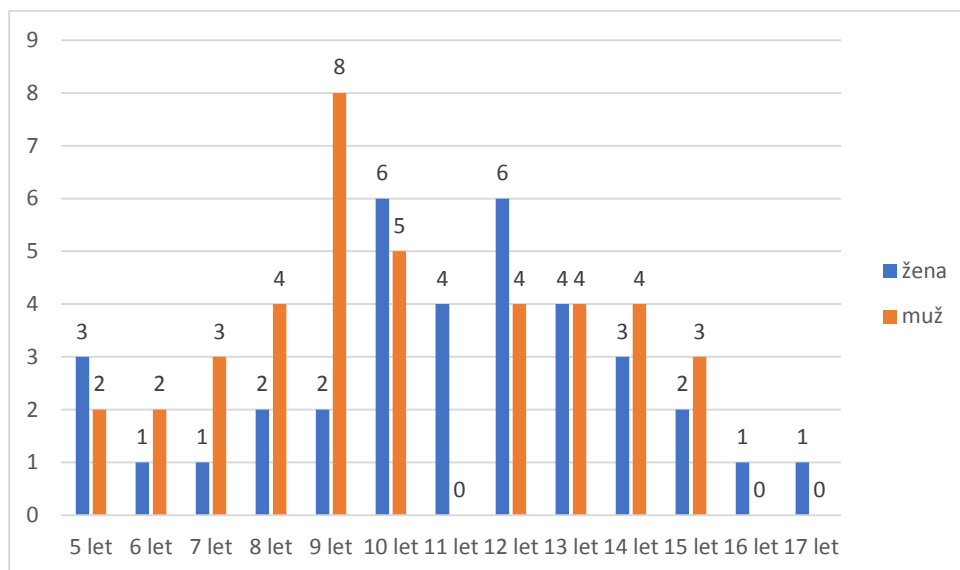
Zdroj: vlastní výzkum

Při posuzování věku prvního užití tabáku se ukazuje, že nejvíce respondentů chlapců svou první cigaretu okusilo ve věku 9 let, dívky pak ve věku 10 a 12 let. Průměrný věk užití prvního tabákového výrobku je 11 let u dívek a 10,2 let u chlapců.

V případě prvního užití konopí uvádí nejvíce chlapců první užití ve věku 15 let, dívky ve věku 13 let. Průměrný věk 1. užití konopí u chlapců je mírně vyšší (13,6 let) než u dívek (13,3 let).

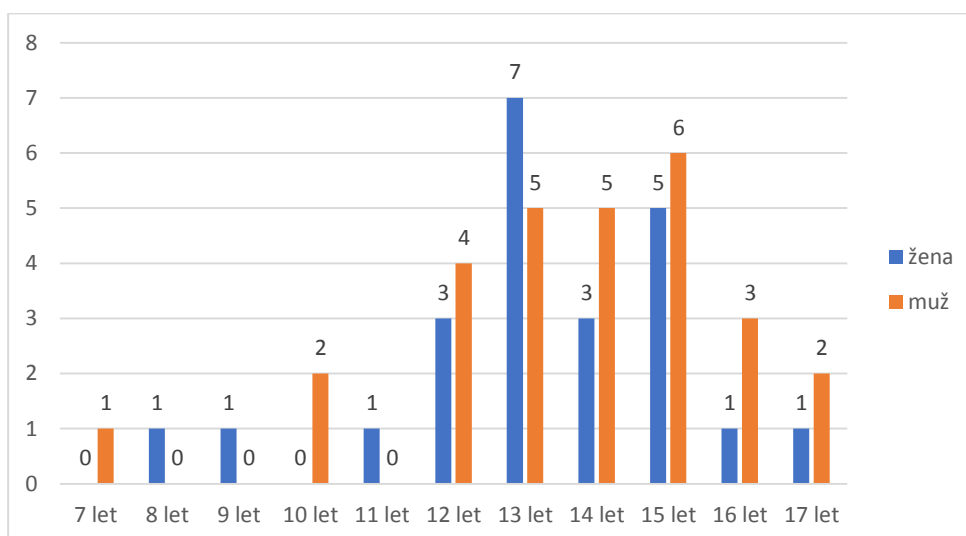
Věk prvního užití tabáku a konopí znázorňují grafy č. 6 a 7.

Graf 6: Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a cigarety, doutník nebo dýmku (absolutní četnosti)?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a marihuanu (absolutní četnosti)?



Zdroj: vlastní výzkum

V případě analýzy užívání tabáku v posledních 30 dnech nejvíce respondentů kouřilo 6–10 cigaret denně (28,3 % dívek a 23,5 % chlapců). Větší množství chlapců uvedlo také kouření více než 10 cigaret denně (21,6 %). Prevalence užívání tabáku v posledních 30 dnech u dívek je 69,6 %, u chlapců 64,7 %.

V případě konopí dívky i chlapci v posledním měsíci nejčastěji nekouřili vůbec. Pokud dívky kouřily, tak 1–5 krát (10,9 %). Chlapci užívali konopí v této míře častěji. Celkem 27,5 % respondentů uvádí, že během posledních 30 dnů kouřilo 1–5 krát. Prevalence užívání konopí v posledních 30 dnech u dívek je 15,2 %, u chlapců 35,3 %.

Data o míře kouření v posledních 30 dnech shrnuje tabulka 10.

Tabulka 10: Užití tabáku a konopí během posledních 30 dnů

Kolik cigaret jsi kouřil/a během posledních 30 dnů?	Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
dívky	vůbec	14	30,4 %
	kouřila ale ne denně	7	15,2 %
	1–5 cigaret denně	5	10,9 %
	6–10 cigaret denně	13	28,3 %
	více než 10 cigaret denně	7	15,2 %
chlapci	vůbec	18	35,3 %
	kouřila ale ne denně	5	9,8 %
	1–5 cigaret denně	5	9,8 %
	6–10 cigaret denně	12	23,5 %
	více než 10 cigaret denně	11	21,6 %
celkem		97	100,0 %
Kolikrát jsi kouřil/a marihuanu posledních 30 dnů?	Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
dívky	vůbec	39	84,8 %
	1–5krát	5	10,9 %
	6–10krát	1	2,2 %
	více než 10krát	0	0,0 %
	každý den	1	2,2 %
chlapci	vůbec	33	64,7 %
	1–5krát	14	27,5 %
	6–10krát	1	2,0 %
	více než 10krát	1	2,0 %
	každý den	2	3,9 %
celkem		97	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkum

4.2. Užívání tabáku a konopí podle věku

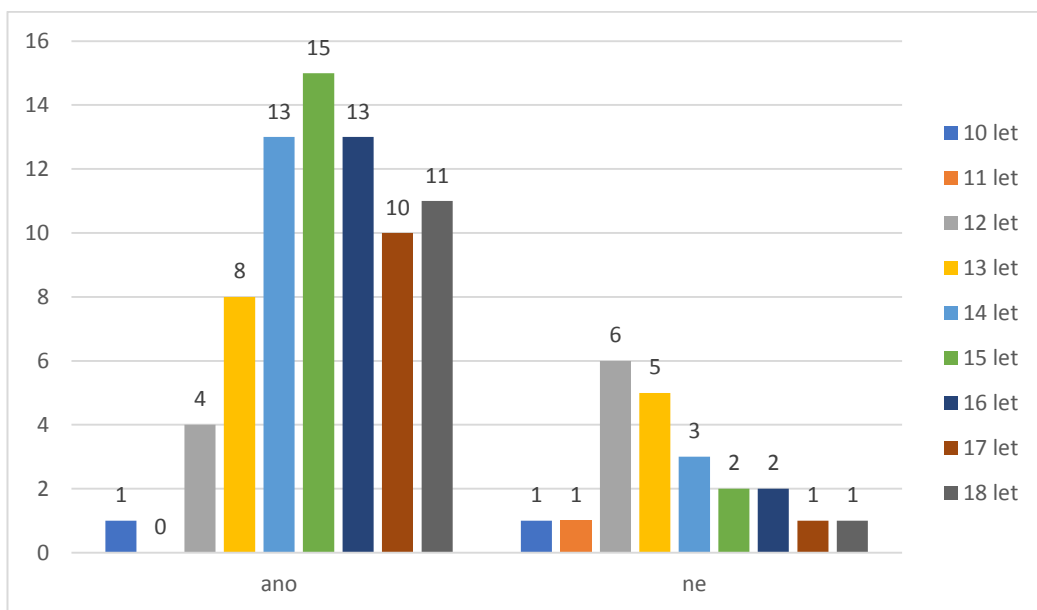
Největší prevalence celoživotního užití tabáku je u respondentů ve věku 17 let (90,9 %) a 18 let (91,7 %). Nejmenší u respondentů ve věku 12 let (40,0 %).

V případě užívání konopí je největší prevalence celoživotního užití ve věkové kategorii 18 let (91,7 %). Nejmenší prevalence je ve věkových kategoriích 10 a 11 let, kde žádný respondent konopí neužil.

V případě užívání tabáku i konopí lze spatřovat logicky stoupající tendenci. Čím vyšší věk, tím je vyšší celoživotní prevalence užití. Lze předpokládat, že dříve či později se s tabákem i konopím setká většina respondentů.

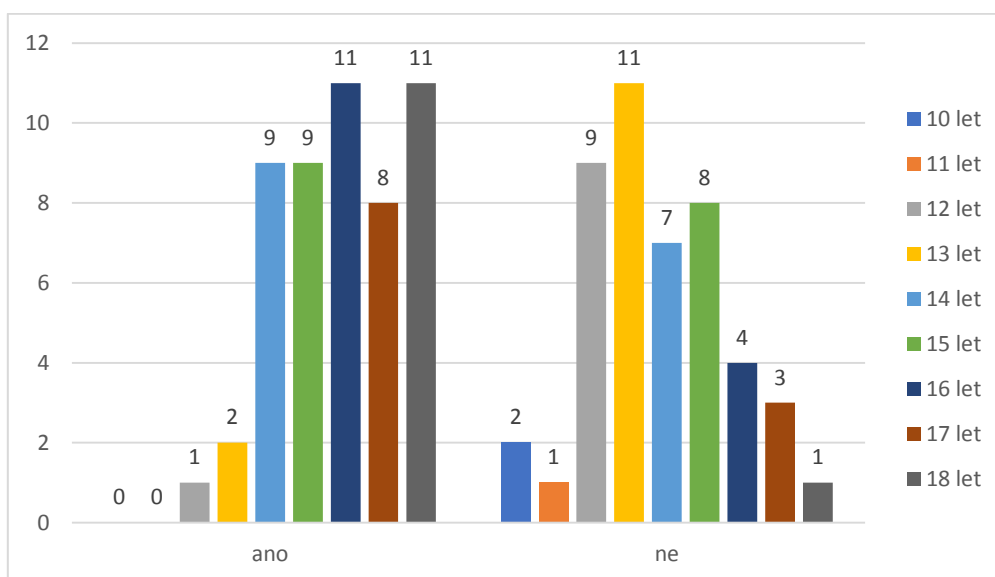
Data o celoživotní prevalenci užití tabáku a konopí podle věkových kategorií respondentů zobrazují grafy č. 8 a 9.

Graf 8: Kouřil/a jsi někdy cigarety, doutník nebo dýmku (absolutní četnosti)?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9: Kouřil/a jsi někdy marihuanu (absolutní četnosti)?

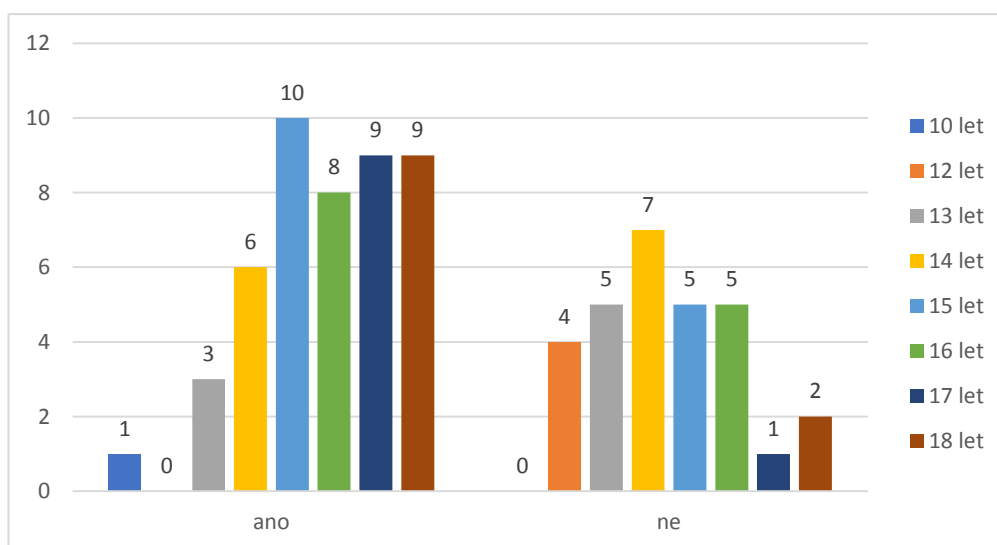


Zdroj: vlastní výzkum

Největší prevalence denních uživatelů tabáku je ve věkové kategorii 17 let a 18 let. Nejmenší prevalence denního užívání tabáku je v kategoriích 10 a 12 let.

Data o denním užívání tabáku jsou shrnuta v grafu č. 10.

Graf 10: Kouříš cigarety denně (absolutní četnosti)?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf týkající se denního užívání konopí není nutné přikládat vzhledem k výrazně nízkému počtu denních uživatelů konopí ve výzkumném souboru (4 respondenti). Výsledky proto nelze považovat za průkazné.

4.3. Užívání tabáku a konopí podle dalších charakteristik

4.3.1. Užívání tabáku a konopí podle vztahu k rodičům

Možnosti zkoumání souvislostí mezi užíváním tabáku a konopí a vztahem k rodičům jsou omezeny. Z tabulek 11 a 12 vyplývá, že většina respondentů je se vztahem ke svým rodičům spokojena. Pro lepší porovnání výsledků budou respondenti rozděleni do tří kategorií podle spokojenosti se vztahem k matce (spíše spokojeni (72,2 %), spíše nespokojeni (15,5 %), ani spokojeni ani nespokojeni (12,4 %)) a spokojenosti se vztahem k otci (spíše spokojeni (70,1 %), spíše nespokojeni (17,5 %), ani spokojeni ani nespokojeni (12,4 %)).

Nejvyšší prevalence v téměř všech kategoriích je mezi respondenty, kteří uvedli, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni jak se vztahem k matce, tak se vztahem k otci. Výjimku tvoří kategorie prevalence denního užívání tabáku v souvislosti se vztahem k otci, kde byla nalezena vyšší prevalence u respondentů, kteří jsou se vztahem k otci spíše nespokojeni (52,9 %). Kategorie denního užívání konopí je v tabulce uvedena, respondentů však bylo velmi malé množství, výsledky proto nelze považovat za průkazné.

Tabulka 11: Užívání tabáku a konopí dle spokojenosti se vztahem k matce

Jsi spokojen/a se svým vztahem k matce?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Celoživotní prevalence užívání tabáku	Prevalence denního užívání tabáku	Celoživotní prevalence užívání konopí	Prevalence denního užívání konopí
spíše spokojen/a	70	72,2 %	72,9 %	44,3 %	44,3 %	4,3 %
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	12	12,4 %	100,0 %	83,3 %	83,3 %	0,0 %
spíše nespokojen/a	15	15,5 %	80 %	33,3 %	66,7 %	6,7 %
celkem	97	100,0 %				

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12: Užívání tabáku a konopí dle spokojenosti se vztahem k otci

Jsi spokojen/a se svým vztahem k otci?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Celoživotní prevalence užívání tabáku	Prevalence denního užívání tabáku	Celoživotní prevalence užívání konopí	Prevalence denního užívání konopí
spíše spokojen/a	68	70,1 %	76,5 %	45,6 %	50,0 %	2,9 %
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	12	12,4 %	83,3 %	50,0 %	75,0 %	8,3 %
spíše nespokojen/a	17	17,5 %	76,5 %	52,9 %	47,1 %	5,9 %
celkem	97	100,0 %				

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.2. Užívání tabáku a konopí podle povědomí rodičů o tom, kde dítě tráví večery

Celkem 66 respondentů uvádí, že jejich rodiče mají vždy či většinou povědomí o jejich trávení sobotních večerů. U 31 respondentů rodiče tuto informaci mají jen občas či nikdy. Pro účely porovnání byli respondenti rozděleni do dvou skupin.

U dotazovaných, jejichž rodiče spíše nevědí, kde večery tráví, je celoživotní prevalence užívání tabáku vyšší (93,5 %) než u respondentů, jejichž rodiče spíše vědí, kde večery tráví (71,2 %). Vyšší prevalence u respondentů, jejichž rodiče přehled o trávení večerů spíše nemají, byla nalezena i v ostatních kategoriích (jak shrnuje tabulka 13).

Tabulka 13: Užívání tabáku a konopí dle povědomí rodičů o tom, kde dítě tráví večery

Povědomí rodičů o trávení sobotních večerů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Celoživotní prevalence užívání tabáku	Prevalence denního užívání tabáku	Celoživotní prevalence užívání konopí	Prevalence denního užívání konopí
Spíše ano	66	68,0%	71,2%	45,5 %	48,5 %	3,0%
Spíše ne	31	32,0%	93,5%	51,6 %	61,3 %	6,5%
Celkem	97	100%				

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.3. Užívání tabáku a konopí podle příslušnosti k partě přátel, kteří kouří marihuanu

Analýza prokázala, že prevalence užívání tabáku i konopí je vyšší u respondentů, kteří jsou součástí party přátel, ve které se užívá konopí. Vyšší prevalence zde byla prokázána jak u užití celoživotně (90,9 % pro tabák, 65,9 % pro konopí), tak i u denního užívání (56,8 % pro tabák, 100,0 % pro konopí).

Prevalence užívání dle příslušnosti k partě přátel, kteří užívají konopí, jsou shrnuty v tabulce 14.

Tabulka 14: Užívání tabáku a konopí dle příslušnosti k partě přátel, kteří kouří marihuanu

Máš partu přátel kde se kouří marihuana?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Celoživotní prevalence užívání tabáku	Prevalence denního užívání tabáku	Celoživotní prevalence užívání konopí	Prevalence denního užívání konopí
ano	44	45,4 %	90,9 %	56,8 %	65,9 %	100,0 %
ne	53	54,6 %	66,0 %	39,6 %	41,5 %	0,0 %
celkem	97	100,0 %				

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.4. Užívání tabáku a konopí podle úplnosti rodiny

Celkem 33 respondentů (34,0 %) žije pouze s jedním z rodičů. Celoživotní prevalence užití tabáku u dětí z neúplných rodin je 75,8 %. Respondentů, kteří žijí s oběma rodiči (vlastními či nevlastními), je ve vzorku 56 (57,7 %). Celoživotní prevalence užití tabáku u respondentů žijících s oběma rodiči je 75,0 %, rozdíl je zde velmi malý. Respondentů s jiným rodinným uspořádáním (např. žijí sami, s babičkou, s jinými příbuznými) je ve vzorku 8 (8,2 %). Celoživotní prevalence užití tabáku u dětí s jiným rodinným uspořádáním je 100,0 %.

V případě konopí byla zjištěna celoživotní prevalence užití 54,5 % u respondentů z neúplných rodin. Celoživotní prevalence užití konopí u respondentů, kteří žijí s oběma rodiči (vlastními či nevlastními), je 46,4 %. Celoživotní prevalence užití konopí u respondentů s jiným rodinným uspořádáním je 87,5 %.

Nejvyšší prevalence byla ve všech kategoriích nalezena u respondentů s jiným rodinným uspořádáním. Těchto respondentů je však ve vzorku malé množství. Respondenti z neúplných rodin vykazují ve všech kategoriích (celoživotní prevalence i denní užívání) vyšší prevalenci než respondenti z úplných rodin.

Prevalence užívání tabáku a konopí dle úplnosti rodiny shrnuje tabulka 15.

Tabulka 15: Užívání tabáku a konopí dle úplnosti rodiny

Rodinné uspořádání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Celoživotní prevalence užívání tabáku	Prevalence denního užívání tabáku	Celoživotní prevalence užívání konopí	Prevalence denního užívání konopí
Úplná rodina	56	57,7 %	75,0 %	42,9 %	46,4 %	3,6 %
Neúplná rodina	33	34,0 %	75,8 %	48,5 %	54,5 %	6,1 %
Jiné	8	8,2 %	100%	75,0 %	87,5 %	12,5 %
Celkem	97	100,0 %				

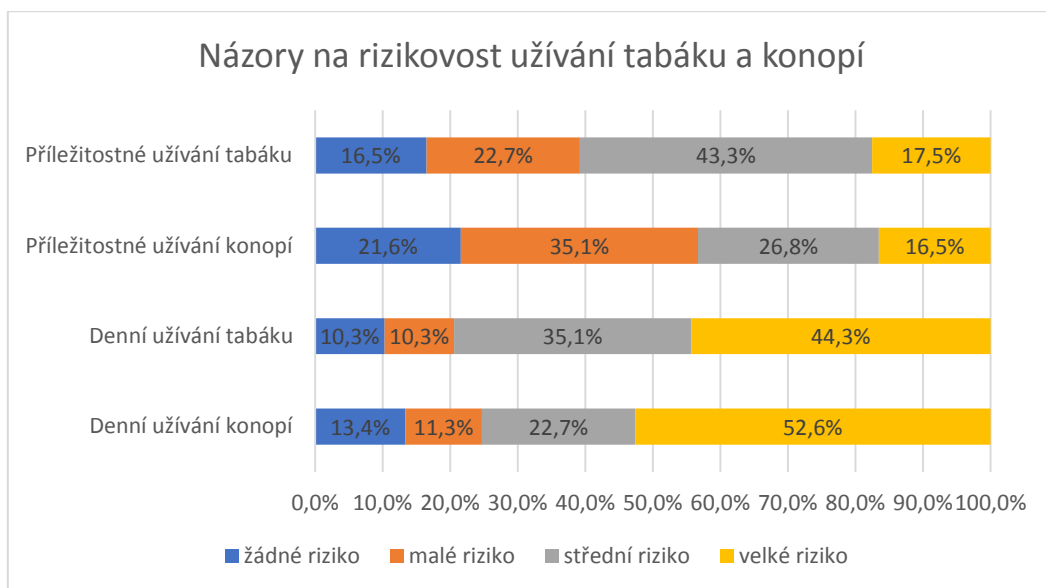
Zdroj: vlastní výzkum

4.4. Vnímání rizikovosti různých vzorců návykového chování

Graf č. 11 znázorňuje pohled respondentů na rizikovost různých vzorců užívání tabáku a konopí. Větší tolerantnost lze spatřovat u příležitostného užívání konopí, kde 35,1 % respondentů považuje riziko za malé a 21,6 % respondentů za žádné. U příležitostného užívání tabáku celkem 22,7 % respondentů uvádí malé riziko a 16,5 % respondentů žádné riziko.

Rizikovost denního užívání respondenti spatřují více u konopí, 52,6 % dotazovaných uvedlo, že riziko denního užívání konopí je velké. U tabáku velké riziko vnímá 44,3 % respondentů. Malé či žádné riziko denního užívání tabáku uvádí 20,6 % dotazovaných, v případě konopí pak 24,7 % dotazovaných. Zajímavé je, že značné množství respondentů považuje příležitostné i denní užívání tabáku za střední riziko (43,3 % u příležitostného, 35,1 % u denního užívání).

Graf 11: Názory na rizikovost užívání tabáku a konopí



Zdroj: vlastní výzkum

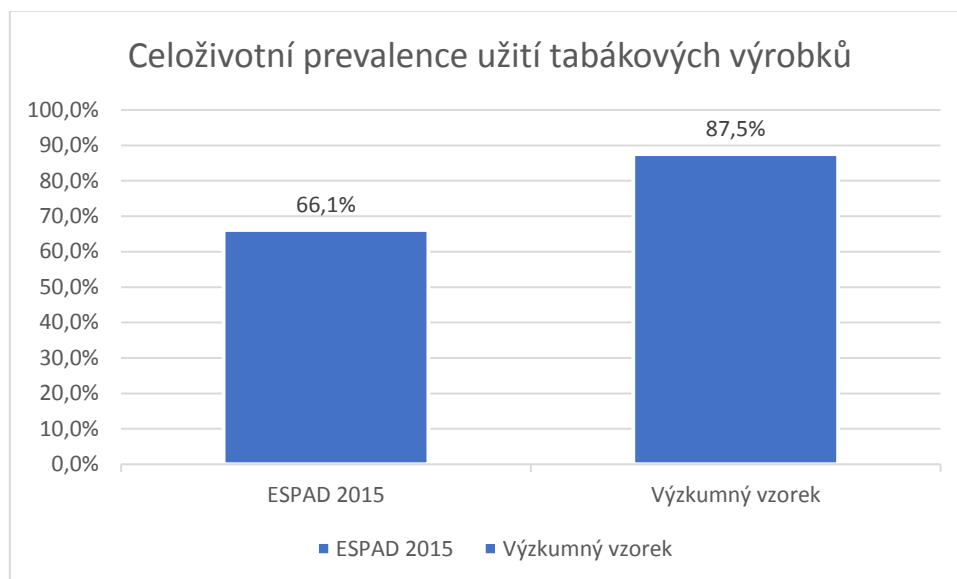
5. Srovnání výsledků respondentů z věkové skupiny 15-16 let s výsledky studie ESPAD 2015

Pro porovnání výsledků výzkumného vzorku s výsledky studie ESPAD 2015 bylo použito celkem 32 respondentů, kteří byli ve věkové kategorii 15–16 let.

Studie ESPAD 2015 uvádí, že 66,1 % respondentů má zkušenost s užitím tabákových výrobků někdy v životě. Prevalence užití tabákových výrobků někdy v životě je v předkládaném výzkumném vzorku respondentů mezi 15–16 lety celkem 87,5 %. ESPAD 2015 uvádí prevalenci 62,5 % u chlapců a 66,9 % u dívek. V předkládaném výzkumném vzorku je prevalence u 84,2 % u chlapců a 92,3 % u dívek. Ve studii ESPAD 2015 i v tomto výzkumném souboru shodně nalézáme vyšší celoživotní prevalence užívání tabáku u dívek.

Porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem v souvislosti s celoživotní prevalencí užití tabákových výrobků je znázorněno v grafu č. 12.

Graf 12: Prevalence užití tabákových výrobků někdy v životě – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem



Zdroj: vlastní výzkum

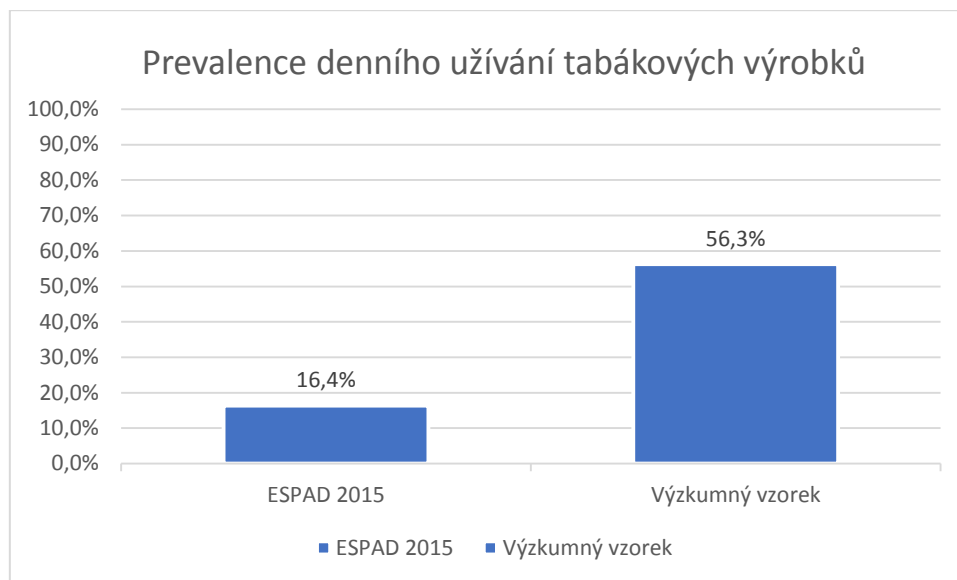
Kouření v posledních 30 dnech ve studii ESPAD potvrdilo 29,9 % respondentů. V předkládaném výzkumném vzorku je prevalence kouření v posledních 30 dnech vyšší, 59,4 % respondentů kouřilo v posledních 30 dnech. Chlapci v tomto výzkumném vzorku vykazují vyšší prevalenci kouření v posledních 30 dnech, na rozdíl od studie ESPAD 2015.

Prevalence denního kouření ve studii ESPAD je 16,4 % (15,3 % chlapci, 17,5 % dívky). Ve výzkumném vzorku je prevalence denního kouření výrazně vyšší, 56,3 % respondentů jsou denními kuřáky (57,9 % chlapci, 53,8 % dívky).

Porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem v souvislosti s prevalencí denního užívání tabáku je graficky znázorněno v grafu č. 13.

Průměrný věk první zkušenosti s tabákem je ve studii ESPAD 12,6 let, v překládané výzkumné studii je to průměrně 10 let. Průměrný věk počátku denního užívání cigaret je ve studii ESPAD 14,1 let, v předkládaném výzkumu je průměrný věk nižší, 12,7 let.

Graf 13: Prevalence denního užívání tabákových výrobků – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem

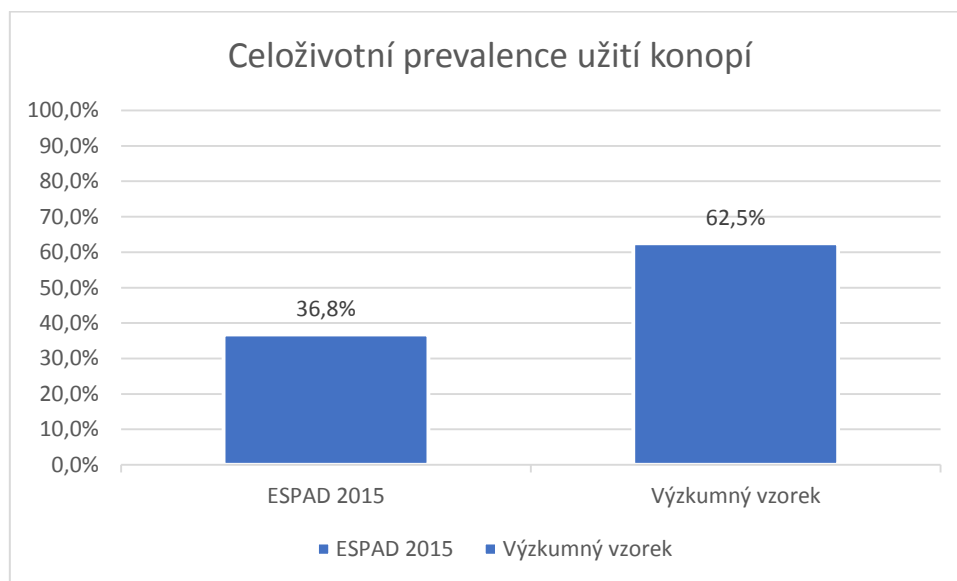


Zdroj: vlastní výzkum

Studie ESPAD 2015 dále uvádí, že celkem 36,8 % respondentů má zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě. Prevalence užití konopných látek někdy v životě v předkládaném výzkumném vzorku respondentů mezi 15–16 lety je 62,5 %. ESPAD 2015 uvádí prevalenci 36,1 % u chlapců a 37,5 % u dívek. V předkládaném výzkumném vzorku je prevalence 68,4 % u chlapců a 46,2 % u dívek.

Porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem v souvislosti s celoživotní prevalencí užití konopí je graficky znázorněno v grafu č. 14.

Graf 14: Prevalence užití konopí někdy v životě – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem



Zdroj: vlastní výzkum

Užití konopí v posledních 30 dnech ve studii ESPAD potvrdilo 12,8 % respondentů. V předkládaném výzkumném vzorku byla prevalence užití konopí v posledních 30 dnech vyšší (34,4 %).

Prevalence denního užívání konopí nemůže být zohledněno, v tomto výzkumném souboru byli pouze čtyři denní uživatelé konopí, výsledky proto nejsou průkazné.

Průměrný věk 1. zkušenosti s konopím je ve studii ESPAD 14,45 let, v předkládané výzkumné studii je to průměrně 14,1 let.

6. Diskuze

Cílem předkládaného výzkumu bylo sledovat prevalenci užívání tabáku a konopí u klientů NZDM v Praze a zjistit, zda prevalence užívání tabáku a konopí u klientů dosahuje vyšších čísel než u obecné školní populace. Cílem výzkumu také bylo popsat možné souvislosti mezi sociodemografickými charakteristikami respondentů a mezi užíváním jmenovaných látek. Bylo stanoveno několik hypotéz, které následnou analýzou byly či nebyly potvrzeny.

Deskriptivní analýza ukázala, že většina respondentů byla ve věku od 12 do 18 let. Lze předpokládat, že mladší děti nenavštěvují NZDM v takové míře, jelikož je pro ně dostupná školní družina. Věkové rozložení respondentů se lišilo podle daných klubů a jejich lokalizace, některé kluby byly navštěvovány převážně staršími klienty, jiné kluby naopak odmítly na výzkumu participovat z důvodu nedostatku respondentů starších 10 let. Některé kluby mají rozděleny otevírací hodiny tak, že určité dny jsou otevřeny pro mladší děti, jiné pak pro starší. Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny tím, v jaké době byly dotazníky sbírány.

Dále bylo zjištěno, že největší množství respondentů má rodiče se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity. Lze předpokládat, že děti navštěvující NZDM jsou často ze sociálně slabších rodin, kde míra vzdělanosti nemusí být na vysoké úrovni.

Zajímavým zjištěním je, že nadpoloviční většina respondentů je spokojena se svým vztahem k rodičům. Předpokládala jsem, že poměry v rodinách respondentů budou spíše nedostatečné a že respondenti budou mít tendenci do klubů utíkat od problémů s rodiči. Tento předpoklad se nepotvrdil. Kladným a překvapivým zjištěním také je, že nadpoloviční většina rodičů má přehled o tom, kde dítě tráví sobotní večery. Analýza rodinného systému dále prokázala, že 34 % respondentů žije v neúplné domácnosti pouze s jedním z rodičů, častěji pak s matkou.

Při analýze prevalence užívání tabáku a konopí bylo zjištěno, že tabákové výrobky někdy v životě vyzkoušely více než tři čtvrtiny respondentů (78,3 % dívek a 76,5 % chlapců). Téměř polovina respondentů patří mezi denní kuřáky (45,7 % dívek a 49 % chlapců). V případě konopí je počet denních kuřáků velmi nízký, konopí někdy v životě však vyzkoušela více než polovina respondentů (50 % dívek, 54,9 % chlapců). Tabák i konopí jsou ve společnosti tolerovanými návykovými látkami, není tedy překvapivé, že prevalence užívání jsou poměrně vysoké. Lze se domnívat, že u dětí a mladistvých slouží užívání tabáku a konopí nejen jako způsob, jak zapadnou mezi partu přátel, ale také jako revolta vůči autoritám.

Hlavní hypotézy předpokládaly, že prevalence užívání tabáku i konopí u respondentů předkládaného výzkumu bude vyšší než prevalence u školní populace dle studie ESPAD 2015. Analýza výsledků potvrdila obě hlavní hypotézy. U respondentů

předkládaného výzkumného vzorku je celoživotní prevalence užívání tabáku o zhruba 20 procentních bodů vyšší než v obecné školní populaci. Výrazně vyšší prevalence byla zjištěna také u denního užívání tabáku, rozdíl zde byl zhruba 40 procentních bodů. Respondenti předkládaného výzkumu vykazují také výrazně vyšší prevalenci v užití tabáku v posledních 30 dnech. Klienti NZDM začínají s užíváním tabáku v dřívějším věku, průměrně o dva roky dříve. V případě konopí jsou výsledky obdobné, celoživotní prevalence užívání konopí ve výzkumném vzorku je zhruba o polovinu vyšší než ve studii ESPAD 2015. U respondentů z NZDM se opět objevuje výrazně vyšší prevalence užívání konopí v posledních 30 dnech. Věk první zkušenosti s konopím je v předkládané výzkumné studii průměrně nižší než ve studii ESPAD 2015, rozdíl je zde ale nepatrný. Denní užívání konopí nemůže být vzhledem k nízkému procentu denních uživatelů ve výzkumném souboru zohledněno.

Při porovnávání genderových aspektů v celém výzkumném souboru se prokázalo, že dívky vykazují vyšší prevalenci celoživotního užití tabáku, v denním užívání však byla prevalence vyšší u chlapců. V případě konopí vykazovali chlapci vyšší prevalenci jak v celoživotním užití, tak v denním užívání. Chlapci také vykazovali vyšší míru užívání konopí v posledních 30 dnech, u užívání tabáku v posledních 30 dnech byly prevalence u obou pohlaví podobné. Porovnání prevalence užívání mezi pohlavími lze považovat za průkazné vzhledem k tomu, že rozdělení vzorku na chlapce a dívky bylo téměř vyrovnané.

Vedlejší hypotézy výzkumu cílily na sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku. Hypotéza č. 3 předpokládala, že prevalence užívání tabáku bude vyšší u respondentů, jejichž rodiče většinou nevědí, kde děti tráví sobotní večery. Hypotéza č. 4 pak předpokládala vyšší prevalenci užívání konopí u respondentů, jejichž rodiče většinou nevědí, kde děti tráví sobotní večery. Obě hypotézy byly analýzou potvrzeny. Celoživotní prevalence užívání tabáku u respondentů, jejichž rodiče spíše nevědí, kde děti tráví sobotní večery, přesahovala 90 %. Vyšší prevalence u této skupiny respondentů byla nalezena i v ostatních kategoriích. Lze předpokládat, že míra rodičovské kontroly může ovlivňovat rozvoj návykového chování. Pozitivním zjištěním však je, že u více než poloviny respondentů rodiče spíše vědí, kde děti večery tráví.

Hypotéza č. 5 předpokládala vyšší prevalenci užívání tabáku u respondentů, kteří nejsou spokojeni se vztahem ke svým rodičům. Hypotéza č. 6 pak předpokládala vyšší prevalenci konopí u téže skupiny respondentů. Mezi vztahem k rodičům a mírou užívání tabáku a konopí nebyly nalezeny výrazné souvislosti. Většina respondentů uvedla, že je se vztahem ke svým rodičům spíše spokojena, možnosti zkoumání tak byly omezeny, vzorek v souvislosti s touto sociodemografickou charakteristikou nelze považovat za dostatečný.

Hypotézy č. 7 a č. 8 předpokládaly, že příslušnost k partě, ve které se užívá konopí, ovlivní vyšší prevalenci užívání tabáku i konopí ve výzkumném vzorku. Obě hypotézy byly analýzou potvrzeny, prevalence užívání tabáku i konopí byla vyšší u respondentů příslušících k partě přátel užívajících konopí. Nejvýraznější výsledek byl v kategorii

celoživotní prevalence užívání tabáku, kde ve jmenované skupině respondentů bylo více než 90 % těch, kteří mají s tabákem celoživotní zkušenost. Na základě potvrzení těchto hypotéz lze předpokládat, že vrstevnický tlak je u respondentů silným aspektem, proto je pravděpodobně prevalence užívání u jmenované skupiny vyšší.

Hypotézy č. 9 a 10. předpokládaly, že míra užívání bude vyšší u respondentů z neúplných rodin (žijících pouze s jedním rodičem). Byly prokázány rozdíly v prevalenci užívání tabáku i konopí, v celoživotním i denním měřítku, přičemž vyšší prevalence byla u respondentů z neúplných rodin. Rozdíly byly v rozmezí několika málo procentních bodů, nejvýraznější rozdíl byl v kategorii celoživotní prevalence užívání konopí. Vzhledem k malému rozdílu v prevalencích u respondentů z úplných a neúplných rodin nelze hypotézy č. 9 a 10. považovat za potvrzené.

Výzkum prokázal vyšší prevalenci užívání tabáku a konopí u klientů NZDM v Praze. Lze doporučit zvýšenou pozornost k primární prevenci rizikového chování. V oblasti primární prevence spatřuji tendence věnovat se spíše nelegálním „tvrdším“ drogám. Užívání tabáku se ve většině zařízení vnímá jako běžná součást života klientů. Ačkoli se pracovníci klubů snaží nepotkávat se s dětmi na cigaretě, nelze tuto intervenci považovat za dostatečnou. Primární prevence užívání tabáku a konopí v NZDM by mohla některým klientům pomoci získat náhled na užívání těchto dvou látek, potažmo získat informace a motivaci užívání omezit či ukončit.

Přínos práce vnímám také v možném využití pro další práce podobného tematického zaměření. Z rešerše literatury bylo zjištěno, že kvantitativním výzkumem užívání tabáku a konopí v NZDM se v rámci absolventských prací v minulosti nikdo nezabýval, je proto možné vnímat předkládanou práci jako teoretické zázemí pro provádění dalších výzkumů v NZDM.

6.1. Diskuze k použitým metodám

Výzkum užívání tabáku a konopí u klientů NZDM v Praze byl inspirován studií ESPAD 2015. Dotazník byl redukován pouze na otázky potřebné pro předkládaný výzkum.

Prvním rizikem dotazníku je jeho použití u mladších skupin respondentů. Studie ESPAD cílí na mládež ve věku 15–16 let, předkládaný výzkum se ale zabývá i mladšími respondenty ve věku od 10 let. Ačkoli byla provedena krátká pilotní studie a předvýzkum za účelem zvýšení srozumitelnosti dotazníku pro mladší respondenty, mohl tento fakt negativně ovlivnit výsledky výzkumu. Ve věkové kategorii 10–11 let však bylo malé množství respondentů, proto předpokládám, že zkreslení není výrazné.

Další nevýhodou použití dotazníkového šetření byla nemožnost účastnit se vyplňování dotazníků ve všech zařízeních. Některé kluby si nepřály, abych byla výzkumu přítomna z důvodu, že klienti nereagují dobře na cizí lidi. S pracovníky bylo domluveno, že budou dotazníky sbírat sami. Rizikem zde může být nedůvěra klientů k pracovníkům a stud při vyplňování dotazníků. V některých klubech byla možnost

dotazníky vkládat do schránky důvěry, byla tak zajištěna naprostá anonymita vyplňujících. Jiné kluby tuto možnost klientům nedaly, lze proto předpokládat, že dotazníky mohly být částečně zkresleny přítomností pracovníků klubů, jelikož prostory těchto zařízení jsou často malé a není možnost v klidu a v soukromí dotazník vyplnit.

Problematické bylo také časové hledisko, jelikož klienti nemají pravidelné časy, kdy klub navštěvují. Bylo možné, že v klubech během sbírání dotazníků nebude dostatek klientů. I z tohoto důvodu bylo vhodné spolupracovat na sběru dotazníků s pracovníky, kteří jsou v klubu přítomní denně.

Poslední nevýhodu použití dotazníků spatřuji v nesoustředěnosti respondentů. V klubu, kde jsem s respondenty dotazníky vyplňovala sama, jsem pozorovala jejich klesající zájem o dotazník s každou další stránkou. Někteří respondenti dotazník odmítli vyplnit, když zjistili, že má čtyři strany. Z analýzy výsledků také vyplynulo, že někteří respondenti měli tendenci poslední otázky, týkající se názoru na rizikovost různých vzorců návykového chování, vyplňovat zbrkle a bez přečtení. Některé odpovědi byly viditelně nesmyslné (například kouření příležitostně považovali za velké riziko, kouření denně za žádné riziko). Nepozornost při čtení otázek byla patrná nejen na konci, ale i v průběhu celého dotazníku. Respondentům bylo potřeba některé otázky opakovaně vysvětlovat. Tento fakt mohl ovlivnit výzkum tam, kde jsem nemohla být přítomná.

Negativní aspekty použití dotazníků by do budoucna mohly být omezeny využitím kvalitativního výzkumného šetření, které by sice neposkytlo statisticky analyzovatelné výsledky, bylo by však možné věnovat se více do hloubky jednotlivým sociodemografickým aspektům a jejich souvislostem s užíváním návykových látek.

7. Závěr

Porovnáním se studií ESPAD 2015 byly potvrzeny hlavní hypotézy, tedy že klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež užívají tabák i konopí ve větší míře než jejich vrstevníci z obecné populace a s užíváním jmenovaných návykových látek začínají dříve.

Bylo zjištěno, že celoživotní prevalence užívání tabáku ve výzkumném vzorku byla 78,3 % u dívek a 76,5 % u chlapců, prevalence denního užívání tabáku byla 45,7 % u dívek a 49 % u chlapců. Celoživotní prevalence užívání konopí byla 50,0 % u dívek a 54,9 % u chlapců. Prevalence denního užívání konopí nebyla průkazná vzhledem k malému množství denních uživatelů konopí ve výzkumném vzorku.

Při porovnání se studií ESPAD 2015 bylo zjištěno, že klienti NZDM vykazují vyšší celoživotní prevalenci (87,5 %) užívání tabáku než běžná školní populace (66,1 %), i výrazně vyšší míru denního užívání tabáku (56,3 %) než běžná školní populace (16,4 %). Vyšší celoživotní prevalence u klientů NZDM (62,5 %) v porovnání s respondenty studie ESPAD 2015 (36,8 %) byla prokázána i v případě užívání konopí.

Zajímavé je, že u celoživotní prevalence užívání tabáku dosáhly vyšší prevalence dívky, zatímco v ostatních případech vykazovali vyšší prevalenci užívání chlapci. Tyto závěry byly stejné jak pro celý výzkumný vzorek, tak pro výběrový vzorek respondentů ve věku 15–16 let.

Dalším zajímavým zjištěním se ukázala být souvislost mezi dalšími sociodemografickými charakteristikami respondentů a mírou užívání tabáku a konopí. U respondentů, kteří přísluší k partě přátel užívajících konopí se objevovaly vyšší prevalence užívání obou zkoumaných látek. Stejně tak respondenti, jejichž rodiče nemají většinou povědomí o tom, kde děti tráví sobotní večery, vykazovali vyšší prevalenci užívání tabáku i konopí. Vyšší prevalence byla prokázána také u dětí žijících pouze s jedním rodičem, rozdíly zde však nebyly výrazné.

Z výzkumného hlediska může práce poskytnout náhled na problematiku užívání tabáku a konopí mezi klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, a nabízí tak možnost uplatnit v těchto zařízeních ve větší míře primárně preventivní programy, potažmo zde rozšiřovat nabídku adiktologických intervencí.

Výzkum by také v budoucnu mohl být rozšířen o zkoumání postojů zaměstnanců těchto zařízení ke kouření klientů a k možnostem prevence a řešení problematiky užívání návykových látek u klientů.

8. Použitá literatura

1. Allebeck, P., Adamsson, C., Engström, A. & Rydberg, U. (1993). Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 21–4. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372691>
2. Bednářová, Z. & Pelech, L. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici: Supervize, Streetwork, Financování*. Brno: Doplněk
3. Brook, J.S., Brook, D.W., Arcencibia-Mireles, O., Richter, L. & Whiteman, M. (2001). Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time. *Journal of Genetic Psychology*, 162(3), 357–374. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/11675212_Risk_Factors_for_Adolescent_Marijuana_Use_Across_Cultures_and_Across_Time
4. Caspari, D. (1999). Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(1), 45–9. Dostupné z: <http://www.ukcia.org/research/CannabisAndSchizophrenia.pdf>
5. Droščinová, K. (2016). Je libo cigaretu? Příběh tabákové vášně. *100 + 1 zahraniční zajímavosti*. [webová stránka]. Dostupné z: <http://www.stoplusjednicka.cz/je-libo-cigaretu-pribeh-tabakove-vasne>
6. ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publication Office of the European Union: Luxembourg. Dostupné z: <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>
7. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2015. (2015). *Dotazník pro studenty*. Dostupné z: https://zakazky.vlada.cz/document_1243/36359e411dc54d6d-priloha-c-4-smlouvy_ceska-verze-dotazmiku-studie-espad-pdf
8. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017). *Evropská zpráva o drogách 2017: trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001CSN.pdf>
9. Fidler, J. A., Wardle, J., Brodersen, N.H., Jarvis, M.J. & West, R. (2006). Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tobacco control*, 15(3), 205–209. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16728751>
10. Greaves, K.N., Fernandez, M.E., Shelton T.L., Frabutt, J.M. & Williford, A.P. (2005). Risk and Protective Factors Associated with Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(4), 379–387. Dostupné z:

<https://www3.nd.edu/~jfrabutt/Publications/Risk%20and%20protective%20Frabutt.pdf>

11. Holíř, M. (2009). *Myřlenka a praxe tematického modelu I*. [webová stránka]. Dostupné z:
http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=2251
12. Hrubá, D. & Źaloudíková, I. (2011). Chuť první cigarety: ovlivňuje vývoj kuřáckého chování? *Česká a slovenská pediatrie*, 66(1), 6–12. Dostupné z:
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ca8435fb-07f6-43fd-8b7c-1fa9bfcd0ce0%40sessionmgr4009>
13. Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2016). Evropská řkolní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, (5). Praha: Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací řtředisko pro drogy a závislosti. Dostupné z:
https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32196/734/zaostreno_2016-05_v03.pdf
14. Jackson, Ch. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22(5), 685–698. Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460397000051>
15. Jedlička, R., Klíma, P., Kořa, J., Němec, J. & Pilař, J. (2005). *Děti a mládeř v obtířných řivotních situacích*. Praha: Themis
16. Kalina, K. a kol. (200). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový řístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf
17. Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový řístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf
18. Kelley, M. E., Wan, C.R., Broussard, B. & kol. (2016). Marijuana use in the immediate 5-year premorbid period is associated with increased risk of onset of schizophrenia and related psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 171(1–3), 62–7. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/290797254_Marijuana_Use_in_the_Immediate_5-Year_Premorbid_Period_is_Associated_with_Increased_Risk_of_Onset_of_Schizophrenia_and_Related_Psychotic_Disorders
19. Kindl, T. (2011). *Protikuřácká legislativa. (Diplomová práce)*. Univerzita Karlova v Praze: Právnícká fakulta. Praha. Dostupné z:
http://www.slzt.cz/dokumenty/protikuracka_legislativa.pdf
20. Klíče pro řivot & Národní institut dětí a mládeře (2010). *Závěrečná zpráva z výřkumu Zdravé klima v říjmovém a neřormálním vzdělávání*. Dostupné z:
http://archiv.streetwork.cz/images/download/10_02_19_zz_zdrave_klima_doc.pdf

21. Klíma, P., Herzog, A., Kunc, S., Racek, J. & Zahradník, M. (2007). *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Česká asociace streetwork o.s.
22. Králíková, E. (2017). Kardiovaskulární rizika kouření, nikotinu a jeho nových forem. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2, 64. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42581-kardiovaskularni-rizika-koureni-nikotinu-a-jeho-novych-forem>
23. Králíková, E. a kol. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA
24. Mandelbaum, D.E. & de la Monte, S.M. (2017). Adverse Structural and Functional Effects of Marijuana on the Brain: Evidence Reviewed. *Pediatric Neurology*, 66, 12–20. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/308134184_Adverse_Structural_and_Functional_Effects_of_Marijuana_on_the_Brain_Evidence_Reviewed
25. Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2002). *Metodika MPSV*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/746>
27. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. MŠMT. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
28. Miovský, M. a kol. (2008). *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha: Grada
29. Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M. & Zapletalová, J. (2012). *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Univerzita Karlova & TOGGA. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/17/3758/Navrh-doporucene-struktury-minimalniho-preventivniho-programu-prevence-rizikoveho-chovani-pro-zakladni-skoly>
30. Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J. & Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova & TOGGA. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/17/2670/Primarni-prevence-rizikoveho-chovani-ve-skolstvi>
31. Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H. & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]*. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf

32. Musk, A. W. & de Klerk, N. H. (2003). History of tobacco and health. *Respirology*, 8, 286–290. doi: Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x/epdf>
33. National academies of sciences, engineering and medicine (2017). *Health effects of marijuana and cannabis-derived products presented in new report*. [webová stránka]. Dostupné z: https://www.eurekalert.org/pub_releases/2017-01/naos-heo011217.php
34. Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál
35. Nešpor, K. (2008). Náhlé příhody související se závislostí na tabáku. *Praktické lékařství*, 88(6), 341–345. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
36. Nešpor, K. & Csémy, L. (2012). Marihuana: Rizika a krátká intervence. *Praktický lékař*, 92, 455–459. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2a09e847-6ed3-48fb-b203-c0f843243653%40pdc-v-sessmgr01>
37. Nešpor, K., Csémy, L. & Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag. Dostupné z: http://www.pppuk.cz/soubory/ppp_litomerice/LTM_Zasady_efektivni_primarni_prevence.pdf
38. Novotný, J. S. & Okrajek, P. (2012). Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15letých adolescentů. *Psychologie: elektronický časopis ČMPS*, 6 (2), 9–21. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/novotny-okrajek.pdf>
39. Pávková, J., Hájek, J., Hofbauer, B., Hrdličková, V. & Pavlíková, A. (2002). *Pedagogika volného času*. Praha: Portál
40. Pracovní skupina pro dodefinování NZDM – pracovní orgán České asociace streetwork o.s. (2008). *Pojmosloví Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM)*. Praha: Česká asociace streetwork o.s.
41. Redakce 100+1. (2015). Dějiny konopí: za vůni posvátné trávy. *100 + 1 zahraniční zajímavosti*. [webová stránka]. Dostupné z: <http://www.stoplusjednicka.cz/dejiny-konopi-za-vuni-posvatne-travy>
42. Slade, J. (1992). The tobacco epidemic: lessons from history. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(2), 99–109. Dostupné z: <https://www.cnsproductions.com/pdf/Slade.pdf>
43. Sovinová, H. & Csémy, L. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/aktuality/Koureni_20a_20Alkohol.pdf
44. Sovinová, H. & Csémy, L. (2013). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf

45. Sovinová, H. & Csémy, L. (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/MUDr._Kernova/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_CR_2014.pdf
46. Sovinová, H. & Csémy, L. (2016). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2015*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf
47. Sovinová, H. & Kostecká, L. (2017). *Czech republic 2016 COUNTRY REPORT: GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY (GYTS)*. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/Country_Report_2016_GYTS.1.2018.pdf
48. Sovinová, H., Csémy, L. & Sadílek, P. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2013*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CPVZ_aktualne/Tabak_Sovinova/UzivaniTabaku2013.pdf
49. Šilha, O. (2008). Historie tabáku. *Tabák: historie, pěstování, informace*. [webová stránka]. Dostupné z: <http://www.tabak.webz.cz>
50. Tomancová, M. (2010). *Preventivní působení Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb zavedení programu specifické prevence do praxe NZDM Autobus (Bakalářská práce)*. Masarykova univerzita v Brně. Brno. Dostupné z: <https://theses.cz/id/kudir6?furl=%2Fid%2Fkudir6;so=nx;lang=en>
51. Van den Bree, M.B.M. & Pickworth, W.B. (2005). Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 311–319. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208413>
52. Váňová, A., Skývová, M. & Csémy, L. (2017). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016*. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/uzivani_tabaku_2016_17_7.pdf
53. Volkow, N.D., Baler, R.D., Compton, W.M. & Weiss, S.R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *The New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–27. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827335/>
54. Výkonný výbor ČAS (2006). *Standardy kvality sociálních služeb pro nízkoprahové zařízení pro děti a mládež*. Dostupné z: http://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=190
55. Vyskočilová, J. & Praško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabioidech. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(1), 14–22. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1002>
56. Weiser, M. & Noy, S.. (2005). Interpreting the association between cannabis use and increased risk for schizophrenia. *Dialogues Clinical Neurosciences*, 7(1), 81–85. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181719/>

57. Winters, K.C. & Sabet, K. A. (2017). Marijuana and Health. *Journal of Drug Abuse*, 3(1). Dostupné z: <https://drugabuse.imedpub.com/marijuana-and-health.pdf>
58. World Health Organization (2016). *Prevalence of tobacco smoking. Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 years and older (%)*. [webová stránka]. Dostupné z: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html
59. World Health Organization: Regional Office for Europe. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. *HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, NO. 7.*: Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1
60. Zákon 108/2006Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
61. Zemanová, V. & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

9. Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Oslovené NZDM	27
Tabulka 2: Vzdělání rodičů	30
Tabulka 3: Spokojenost se vztahem k rodičům	30
Tabulka 4: Členové společné domácnosti	31
Tabulka 5: Trávení sobotních večerů	31
Tabulka 6: Finanční situace rodiny	31
Tabulka 7: Užívání tabáku a konopí	32
Tabulka 8: Průměrný věk prvního užití a počátku denního užívání	32
Tabulka 9: Obtížnost získání tabáku a konopí	33
Tabulka 10: Užití tabáku a konopí během posledních 30 dnů	37
Tabulka 11: Užívání tabáku a konopí dle spokojenosti se vztahem k matce	40
Tabulka 12: Užívání tabáku a konopí dle spokojenosti se vztahem k otci	40
Tabulka 13: Užívání tabáku a konopí dle povědomí rodičů o tom, kde dítě tráví večery	41
Tabulka 14: Užívání tabáku a konopí dle příslušnosti k partě přátel, kteří kouří marihuanu	41
Tabulka 15: Užívání tabáku a konopí dle úplnosti rodiny	42
Graf 1: Věkové rozložení respondentů	29
Graf 2: Kouřil/a jsi někdy cigarety, doutník nebo dýmku?	34
Graf 3: Kouřil/a jsi někdy marihuanu?	34
Graf 4: Kouříš cigarety denně?	35
Graf 5: Kouříš marihuanu denně?	35
Graf 6: Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a cigarety, doutník nebo dýmku (absolutní četnosti)?	36
Graf 7: Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a marihuanu (absolutní četnosti)?	36
Graf 8: Kouřil/a jsi někdy cigarety, doutník nebo dýmku (absolutní četnosti)?	38
Graf 9: Kouřil/a jsi někdy marihuanu (absolutní četnosti)?	38
Graf 10: Kouříš cigarety denně (absolutní četnosti)?	39
Graf 11: Názory na rizikovost užívání tabáku a konopí	43
Graf 12: Prevalence užití tabákových výrobků někdy v životě – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem	44
Graf 13: Prevalence denního užívání tabákových výrobků – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem	45
Graf 14: Prevalence užití konopí někdy v životě – porovnání studie ESPAD 2015 s výzkumným vzorkem	46

10. Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník užívání tabáku a konopí

Příloha 1: Dotazník užívání tabáku a konopí

Ahoj,

Obracím se na tebe s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který se týká užívání cigaret a marihuany.

Spolupráce na dotazníku je zcela dobrovolná, pokud tedy budeš chtít, můžeš kdykoli během vyplňování dotazníku skončit. Získané odpovědi z dotazníku budou naprosto anonymní, nikdo se nedozví, kdo dotazník vyplňoval, žádná jména se nikam neuvádějí. Výsledky dotazníků budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

Prosím tě tedy o co nejpřesnější vyplnění všech otázek. Některé otázky jsou pouze zaškrtačkové, tvoji odpověď tedy označ křížkem, jiné jsou vypisovací, odpověz tedy slovně. U otázky č. 4 je možné zaškrtnout i více odpovědí.

Předem ti moc děkuji za čas, který dotazníku věnuješ, a za pomoc s výzkumem.

1. Tvůj věk:

2. Pohlaví:

☐ žena

☐ muž

3. Nejvyšší dosažené vzdělání rodičů:

a) maminka

☐ základní

☐ střední bez maturity

☐ střední s maturitou

☐ vysokoškolské

☐ nevím

b) tatínek

☐ základní

☐ střední škola bez maturity

☐ střední škola s maturitou

☐ vysokoškolské

☐ nevím

4. S kým žiješ ve společné domácnosti? (můžeš zaškrtnout více odpovědí)

☐ matka

☐ nevlastní matka

☐ otec

☐ sourozenci (vlastní i nevlastní)

☐ prarodiče

☐ další příbuzní

☐ nevlastní otec

☐ jiní lidé

5. Jsi spokojen/a se svým vztahem k:

a) mamince

☐ velmi spokojen/a

☐ spokojen/a

☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a

☐ spíše nespokojen/a

☐ zcela nespokojen/a

b) tatínkovi

☐ velmi spokojen/a

☐ spokojen/a

☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a

☐ spíše nespokojen/a

☐ zcela nespokojen/a

6. Vědí tvoji rodiče, kde trávíš sobotní večery?

☐ vždy

☐ většinou

☐ někdy

☐ obvykle ne

7. Jak je na tom finančně tvá rodina ve srovnání s jinými rodinami?

☐ je velmi bohatá

☐ je bohatá

☐ je asi tak průměrná

☐ je chudá

☐ je velmi chudá

8.) Kouřil/a jsi někdy v životě cigarety, dýmku či doutník?

☐ ano

☐ ne (pokud ne, přeskoč na otázku č. 13)

9.) Kolik let ti bylo, když jsi poprvé kouřil/a první cigaretu, dýmku či doutník?

.....let

10.) Kouříš cigarety denně?

☐ ano

☐ ne

11.) Pokud ano, od kolika let kouříš denně?

.....let

12.) Kolik cigaret jsi kouřila/a během posledních 30 dnů?

☐ vůbec

- ☐ kouřil/a, ale ne denně
- ☐ 1-5 cigaret denně
- ☐ 6-10 cigaret denně
- ☐ více než 10 cigaret denně

13.) Jak obtížné by podle tebe bylo sehnat cigarety, pokud bys o ně stál/a?

- ☐ nemožné
- ☐ velmi těžké
- ☐ těžké
- ☐ ani těžké, ani snadné
- ☐ snadné
- ☐ velmi snadné

14.) Kouřil/a jsi někdy v životě marihuanu?

- ☐ ano
- ☐ ne (pokud ne, přeskoč na otázku č. 19)

15.) Kolik let ti bylo, když jsi poprvé kouřil/a marihuanu?

..... let

16.) Kouříš marihuanu denně?

- ☐ ano
- ☐ ne

17.) Pokud ano, od kolika let ji kouříš denně?

..... let

18.) Kolikrát jsi kouřila/a marihuanu během posledních 30 dnů?

- ☐ vůbec
- ☐ 1 - 5krát
- ☐ 6 - 10krát
- ☐ více než 10krát
- ☐ každý den

19.) Jak obtížné by podle tebe bylo sehnat marihuanu, pokud bys o ni stál/a?

- ☐ nemožné
- ☐ velmi těžké
- ☐ těžké
- ☐ ani těžké, ani snadné
- ☐ snadné

☐ velmi snadné

20.) Máš partu přátel, kde se marihuana kouří, když se sejdete?

☐ ano

☐ ne

21.) Jak velké je podle tebe RIZIKO, že si lidé uškodí (fyzicky či jinak), když...

a) Kouří příležitostně cigarety

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

b) Kouří jeden nebo více balíčků cigaret denně

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

c) Pijí 1-2 sklenice alkoholu (pivo, víno, destiláty) každý den

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

d) Pijí 4 nebo 5 sklenic alkoholu téměř každý den

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

e) Pijí 5 nebo více sklenic alkoholu každý víkend

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

g) Kouří příležitostně marihuanu

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

h) Kouří pravidelně marihuanu

☐ Žádné riziko

☐ Malé riziko

☐ Střední riziko

☐ Velké riziko

Moc děkuji za vyplnění dotazníku.